FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

1930

Année 19[illegible]

N° 13

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Pierre PARIS

Interne des Hôpitaux

Né le 3 Octobre 1897, à Amiens.

LES POLYPES DU BASSINET

ÉVOLUTION ET TRAITEMENT

PRÉSIDENT : M. BERNARD CUNÉO, Professeur.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN (6e)

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1929 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Pierre PARIS

Interne des Hôpitaux

Né le 3 Octobre 1897, à Amiens.

LES POLYPES DU BASSINET

ÉVOLUTION ET TRAITEMENT

PRÉSIDENT : M. BERNARD CUNÉO, Professeur.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN (6e)

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen	M. ROGER.
Professeurs	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	N....
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MAURICE VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	LÉON BERNARD.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

Agrégés en exercice :

MM. ALAJOUANINE	MM. DOGNON	MM. LABBÉ (HENRI)	MM. OBERLING
AUBERTIN	DONZELOT	LAROCHE (GUY)	OLIVIER
BÉNARD (HENRI)	ECALLE	LEMAITRE	PIÉ-LEVRE
BINET	FEY	LEROUX	PORTES
BLANCHETIÈRE	GARNIER	LEVEUF	QUENU
BROCQ	GASTINEL	LIAN	RICHET
BRULÉ	GATELLIER	MERCIER (FERNAND)	SEZARY
CADENAT	GIROUD	MONDOR	VALLERY-RADOT (PASTEUR)
CATHALA	HARVIER	MOREAU	VAUDESCAL
CHABROL	HOVELACQUE	MOULONGUET	VELTER
CHEVALLIER	HUTINEL	MOURE	VERNE
DE GAUDART D'ALLAINES	JOANNON	MULON	VIGNES
	JOYEUX		

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En témoignage de grande affection et de profonde reconnaissance.

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BERNARD CUNÉO

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur agrégé G. MARION

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

Qui a inspiré et guidé ce travail, en témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon respectueux attachement.

A MES MAITRES DE L'HOTEL-DIEU D'AMIENS

Monsieur le Professeur HAUTEFEUILLE (1919)

M. le Professeur MOULONGUET (1920)

Qui ont toujours eu pour nous la plus grande bienveillance et nous ont prodigué de bons conseils, en témoignage de vive reconnaissance

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS

Messieurs les Professeurs BAX, CARAVEN, FOURNIER, JULLIEN, LABARRIÈRE, POULAIN

A Monsieur Félix PANCIER,

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

STAGE

M. le Docteur BOUFFE DE SAINT-BLAISE (1921).

EXTERNAT

M. le Docteur SOULIGOUX (*in memoriam*) [1922].
M. le Professeur agrégé GARNIER (1923).
M. le Professeur agrégé G. MARION (1924).
M. le Docteur HUDELO (1925).
M. le Professeur LEREBOULLET (1925).

INTERNAT

M. le Docteur AUVRAY (1926).
M. le Docteur LAUNAY (1927).
M. le Docteur MOUCHET (1928).
M. le Docteur WIART (1928).
M. le Professeur agrégé MARION (1929).
M. le Docteur RUDAUX (1929).

A MESSIEURS LES MÉDECINS, CHIRURGIENS

ET

ACCOUCHEUR DES HOPITAUX DE PARIS

JULIEN HUBER, MARQUEZY, D'ALLAINES, GIRODE,
CAPETTE, DESNOYERS

AUX DOCTEURS RŒDERER, NORA, PÉRARD

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT

LES POLYPES DU BASSINET

ÉVOLUTION ET TRAITEMENT

INTRODUCTION

Les polypes du bassinet sont rares, et leur symptomatologie se confond avec celle des tumeurs du rein en général.

Nous avons pu néanmoins en réunir 37 cas depuis 1919, renvoyant pour les observations antérieures à la thèse de Mock (1912) qui fut le premier travail d'ensemble sur ces tumeurs après les publications d'Albarran en 1900.

C'est notre maître le Dr Marion qui nous a donné l'idée de ce travail et nous a confié quelques observations inédites particulièrement intéressantes. Nous le prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre très vive reconnaissance.

En outre, au cours de cette année d'Internat dans le service Civiale, nous avons eu l'occasion d'observer un cas tout à fait typique de polypose urétérale secondaire à un polype du bassinet néphrectomisé un an auparavant.

L'urétérectomie totale fut nécessaire.

Nous verrons en cours de route la fréquence de ces interventions secondaires sur l'uretère ou la vessie, nécessitées par les récidives des polypes le long de l'arbre urinaire.

Le Dr Michon a bien voulu nous communiquer une observation très intéressante, nous tenons à l'en remercier particulièrement. Nous remercions également Mlle le Dr Kogan qui a bien voulu revoir avec nous certains examens histologiques.

Le plan de ce travail sera le suivant :

Première partie. — Généralités. Rappel des symptômes des polypes du bassinet de façon à montrer les difficultés de diagnostic.

Deuxième partie. — Évolution clinique des papillomes du bassinet (Guérisons et récidives).

Troisième partie. — Les indications opératoires justifiées par l'évolution particulière de ces polypes.

Quatrième partie. — Observations réunies depuis 1919 (37 cas dont 10 inédits).

Bibliographie.

PREMIÈRE PARTIE

Généralités.

Notre but n'a pas été de réunir tous les cas de polype du bassinet publiés depuis 1919.

Beaucoup d'observations, en effet, sont imprécises, le compte rendu opératoire reste vague, l'examen anatomo-pathologique manque, et surtout le malade n'a pas été revu après son opération.

Jusqu'ici les différentes études d'ensemble avaient eu avant tout pour objet de préciser le diagnostic clinique et la nature histologique de ces tumeurs, qui, avant Albarran, étaient confondues avec les tumeurs du rein.

Nous nous sommes efforcé de rassembler les cas dont l'évolution, a pu être contrôlée de façon assez précise, afin de pouvoir juger des guérisons opératoires et de leur durée. Nous verrons, en effet, que l'évolution à elle seule doit modifier les indications opératoires, et que celles-ci ont été jusqu'à l'heure actuelle insuffisamment posées.

Définition.

Les polypes du bassinet forment la catégorie principale des tumeurs primitives de cet organe. Ce sont les tumeurs papillaires, « Papillomatöse Geschwülste » des Allemands, revêtant au point de vue anatomo-pathologique deux aspects différents : Papillome ; Epithélioma papillaire.

Nous éliminons donc une fois pour toutes de cette étude les épithéliomas non papillaires du bassinet, qui se présentent ordinairement sous l'aspect de nodosités infiltrant la paroi, plus ou moins

saillantes dans la cavité pyélique. Ils sortent du cadre des « polypes », tumeurs pédiculées ou sessiles, villeuses, ainsi désignées par analogie avec les polypes de vessie ; nous verrons qu'ils ont avec ces derniers bien des caractères de ressemblance au point de vue descriptif et surtout évolutif. Nous n'insistons pas pour le moment sur l'anatomie pathologique des polypes du bassinet. Nous l'étudierons en même temps que celle des greffes urétéro-vésicales.

Symptômes cliniques.

Avant d'envisager l'évolution clinique de ces tumeurs, il nous faut assez rapidement considérer leur symptomatologie : c'est en somme celle des tumeurs du rein, et ceci nous explique pourquoi le diagnostic de polype du bassinet n'est pour ainsi dire jamais posé avant l'intervention.

A. — L'hématurie

C'est le signe capital, puisque nous le retrouvons dans toutes nos observations sans exception. C'est une hématurie totale, colorant l'urine d'un bout à l'autre de la miction, elle est spontanée, non influencée par les mouvements ou le repos. Son abondance est variable : elle peut parfois persister plusieurs jours sans arrêt, ou bien se produire par petites crises de durée variable. Elle a pu par son abondance entraîner un état d'anémie grave (la malade de l'observation XXXIV a dû subir une transfusion de sang avant son opération).

L'hématurie est capricieuse, apparaissant brusquement pour cesser de même, les urines retrouvant parfois leur limpidité d'une heure à l'autre. Dans la plupart de nos observations, cette hématurie date de plusieurs mois, ou même de plusieurs années : deux ans dans l'observation XXXVII ; trois ans dans l'observation I ; quinze ans, semble-t-il, dans l'observation X. Ces tumeurs papillomateuses, richement vascularisées, ont en effet tendance à saigner rapidement. L'hématurie est ici plus précoce que dans le cancer du rein. C'est une hématurie avec caillots, signe important en faveur du diagnostic de tumeur rénale.

Elle est le plus souvent indolore, mais peut être accompagnée

de quelques vagues douleurs lombaires; d'autres fois une crise de colique néphrétique témoigne de la migration de caillots dans l'uretère.

Enfin, fait capital, cette hématurie constitue parfois l'unique symptôme fonctionnel qui amène le malade à consulter. Elle garde donc le même intérêt clinique que toute hématurie d'apparence rénale, et impose une cystoscopie d'urgence, de façon à voir le côté qui saigne (observations XIII, XVIII). Ce sera déjà un gros appoint pour le diagnostic. Sinon, elle peut disparaître pour plusieurs mois, peut-être davantage, et retarder d'autant la décision opératoire : c'est seulement à la quatrième cystoscopie que l'on a pu constater l'origine rénale gauche de l'hémorragie chez la malade de l'observation XVII.

En résumé, l'hématurie des polypes du bassinet présente exactement les mêmes caractères cliniques que l'hématurie des tumeurs rénales.

B. — Tumeur.

La tumeur est un symptôme assez fréquemment observé au cours de l'évolution des polypes du bassinet; Albarran l'aurait rencontrée 8 fois sur 25 cas. Nous la trouvons signalée 5 fois seulement sur nos 37 observations ; mais il ne faut pas s'en étonner, ces gros reins dilatés restant souvent cachés profondément sous le rebord costal et inaccessibles à la palpation la plus attentive.

La tumeur serait peut-être plus précocement observée ici que dans les cancers du rein : en effet, dans bien des cas, le polype du bassinet bouche à peu près complètement l'orifice de l'uretère, d'où hydronéphrose et apparition rapide de la tumeur (obs. X, XXIX, XXXII).

Chez le malade de l'observation XII, il existait une grosse tumeur du volume d'une tête d'enfant, tout à fait mobile à la palpation et par les mouvements respiratoires.

Les lésions rénales sont dans ces cas très accentuées : destruction à peu près complète du parenchyme, qui se trouve réduit à une coque fibreuse plus ou moins épaisse, dilatation énorme des calices et du bassinet.

La situation du polype à la partie inférieure du bassinet et à l'origine de l'uretère explique la gêne qu'il apporte à l'écoulement de l'urine ; les lésions rénales sont donc ici secondaires à la tumeur du bassinet.

Mais il est d'autres cas beaucoup plus intéressants dans lesquels

les polypes ne sont nullement la cause de la dilatation du rein ; dans ces cas, d'ailleurs, la néphrectomie a été justement décidée avec le diagnostic d'hydro ou de pyonéphrose, les hématuries pouvant très bien s'observer dans ces lésions.

Chez le malade de l'observation XVI, opéré pour volumineuse hydronéphrose ayant complètement détruit le rein, on a trouvé à l'ouverture de la poche quelques polypes disséminés sur la paroi, en même temps, d'ailleurs, que des calculs enchâssés dans les calices très dilatés.

Dans une observation rapportée par Bœckel (in *Journal d'Urologie*, 1er janvier 1925), on enleva de même une volumineuse hydro-pyonéphrose ayant complètement détruit le rein ; de nombreuses masses papillomateuses végétantes irrégulièrement disséminées tapissaient les parois et les cloisonnements de cette poche.

Elles furent reconnues à l'examen histologique comme de l'épithélioma papillaire végétant.

Nous sommes donc ici en présence de polypes du bassinet à peu près sûrement secondaires à des lésions d'hydro ou de pyonéphrose. Il faut probablement chercher leur origine dans l'inflammation chronique des parois rénales dilatées, irritées peut-être par la présence de calculs (obs. XVI).

Ces polypes ne siègent pas ici à la partie inférieure du bassinet ; ils ne bouchent pas l'orifice de l'uretère et on les trouve plus souvent à l'intérieur des calices fortement dilatés.

Signalons enfin que la constatation d'une tumeur dont les variations de volume coïncident avec des hématuries de caractère néoplasique peut permettre de rapporter cette hématonéphrose intermittente à une tumeur du bassinet.

C. — Examen des urines.

Il peut nous fournir parfois des renseignements : dans le culot de centrifugation, on a pu trouver des éléments épithéliaux nombreux (obs. IV), parfois de petits débris papillaires (obs. X) qui ont pu orienter le diagnostic de tumeur du bassinet.

Mais ces constatations sont exceptionnelles, et il faut se rappeler combien il est difficile de dire, en présence de cellules épithéliales, si elles sont détachées du bassinet, de l'uretère ou de la vessie. Nous verrons tout à l'heure que leur présence dans un échantillon d'urine prélevé par cathétérisme urétéral peut avoir plus de valeur.

D. — Cystoscopie.

La cystoscopie simple est d'une importance capitale. Elle permet, en période d'hématurie, de faire le diagnostic du côté atteint.

En dehors des périodes d'hématurie, si la vessie est normale, on n'en peut tirer aucune conclusion.

Par contre, *la constatation d'un polype vésical, surtout s'il siège à l'orifice urétéral*, est absolument pathognomonique.

Ce n'est déjà plus un symptôme de polype du bassinet à proprement parler, mais bien déjà un signe de greffe papillomateuse.

C'est le seul élément qui puisse affirmer le diagnostic, et nous verrons tout à l'heure que nombreux sont les cas où le diagnostic fut seulement posé, malgré les hématuries, le jour où la cystoscopie a montré un polype sortant de l'orifice urétéral du côté qui saignait.

E. — Cathétérisme urétéral

Il doit toujours être pratiqué; il ne sera souvent que le premier temps d'une pyélographie faite dans la même séance, et on aura soin d'employer des sondes opaques.

a) Il peut nous donner d'abord des renseignements sur l'état du bassinet : l'évacuation d'une hématonéphrose par la sonde pénétrant dans le bassinet présente une réelle valeur ; c'est dans ce liquide de rétention qu'il faudra rechercher au microscope les débris épithéliaux.

La prise de la capacité pyélique peut aussi, lorsqu'elle détermine une hémorragie abondante à la distension, nous donner une nouvelle présomption en faveur de la tumeur intrapyélique (Albarran). Malheureusement, ces signes semblent très inconstants.

b) Toute l'importance du cathétérisme urétéral réside dans l'évaluation du fonctionnement de chaque rein.

Le rein malade se trouve en moindre état fonctionnel, et sa diminution peut être extrêmement marquée.

Dans les observations I, XIV, XVII, XXVIII, XXXVII, elle est assez nette.

Dans l'observation II, on diagnostique cancer du rein, en raison des hématuries abondantes et de la déficience du rein qui saigne.

Chez le malade opéré par M. Michon, la déficience rénale gauche était très marquée (obs. XX); on a même attendu pour pratiquer la néphrectomie que la constante fût un peu améliorée.

Dans l'observation X, le débit uréique est de 2 gr. 36 pour le rein malade, tandis qu'il est de 16 gr. 53 du côté opposé.

Encore ici cette déficience est-elle consécutive à la destruction du rein par une volumineuse hydronéphrose.

Dans l'observation XIV, le rein gauche qui saigne ne donne que quelques gouttes d'urine. A droite, au contraire, l'hyperfonctionnement de compensation est marqué par les chiffres suivants :

Concentration uréique en soixante-dix minutes, en gr. .	11,80
Débit uréique en soixante-dix minutes, en gr.	1,09
Ph.-sulf.-phtaléine p. 100	52

Dans l'observation XVIII, même déficience nette du rein gauche qui saigne.

Débit uréique : 0 gr. 70 contre	1 gr. 06 à droite.
Phtaléine : 19 p. 100 contre	30 p. 100 à droite.

L'examen histologique signale ici la présence de nombreuses cellules épithéliales du côté gauche, côté qui saigne, côté déficient.

Comment ne pas faire dans ce cas le diagnostic de tumeur du rein?

La diminution de l'excrétion uréique et chlorurée, la mauvaise élimination de la phtaléine témoignent de la déficience du fonctionnement rénal. Qu'elle soit due à la dilatation du rein, ou à la présence du polype intrapyélique, il n'en est pas moins vrai *qu'elle existe aussi nette que dans toute tumeur rénale* proprement dite.

La présence de cellules épithéliales nombreuses (obs. IV, XVIII) ne témoigne pas plus en faveur d'un polype du bassinet que d'une tumeur du rein.

Le cathétérisme urétéral nous renseignera enfin sur la valeur du rein sain et autorisera ou non la néphrectomie.

Nous n'insisterons pas sur la nécessité de la *Radiographie*, qui peut seulement nous montrer l'état d'hypertrophie du rein malade. Dans l'observation IV, la constatation d'une ombre nette mais de contour imprécis au niveau du bassinet, associée aux autres signes (hématurie, cellules épithéliales dans l'urine) a permis de porter le diagnostic de polype du bassinet.

Pyélographie.

La pyélographie, par contre, présente un intérêt considérable pour le diagnostic des tumeurs rénales ou pyéliques.

Il est indubitable qu'à l'heure actuelle il ne faut pas se passer d'une méthode d'examen qui a pu dans certains cas donner d'excellents résultats.

a) Voyons d'abord ce qu'elle peut nous montrer. — Toutes les déformations du bassinet sont possibles, depuis son irrégularité de contour jusqu'à son amputation complète. Les calices peuvent être déformés, il peut en manquer un ou même deux : l'observation de Dozsa (obs. XXXVII) est à ce point de vue très démonstrative, et voilà textuellement traduite l'interprétation de l'image radiographique obtenue :

« Le calice supérieur, seul visible, est fortement dilaté; en dessous, un aspect moucheté très net répond à la tumeur développée dans le bassinet; il est produit par l'infiltration irrégulière et minime du liquide opaque à travers les villosités serrées de la tumeur. »

M. Legueu insistait justement (*Soc. d'Urologie*, 21 juin 1926) sur cet aspect neigeux, avec une série d'espaces alternativement sombres et clairs, avec beaucoup d'irrégularités et d'anfractuosités, qui serait assez caractéristique d'une tumeur villeuse du bassinet.

Les images diverticulaires centrales, marginales surtout, ont une grosse valeur, et dans la thèse de Motz nous trouvons plusieurs cas dans lesquels les déformations sont très concluantes :

Une pyéloscopie droite (seulement pratiquée ici) a montré une image lacunaire marginale empiétant sur le calice supérieur et le bassinet. Le calice inférieur, au contraire, paraissait normal.

Pièce opératoire : rein ouvert, les 2/3 supérieurs du bassinet sont remplis par une tumeur frangée. Calice inférieur dilaté.

Dans l'observation IX, la pyélographie, bien que d'interprétation difficile, pouvait faire soupçonner cependant une tumeur du bassinet ou du rein : on pouvait y lire une déformation du calice supérieur, sorte d'image lacunaire marginale, difficilement visible il est vrai.

Toutes les déformations sont donc possibles, leur interprétation est souvent difficile, et en particulier certaines images lacunaires peuvent aussi bien signifier tumeur du bassinet que tumeur du rein à développement intrapyélique.

La pyélographie pratiquée chez la malade de l'observation XV

a montré une suppression totale des calices inférieurs, confirmant le diagnostic clinique de tumeur rénale.

Aucune déformation n'est caractéristique, comme l'affirmaient encore récemment les meilleurs partisans de la pyélographie et les renseignements qu'elle fournit doivent être minutieusement en rapport avec la clinique.

b) Il existe une *cause d'erreur*, possible : la présence de caillots sanguins dans le bassinet ou les calices, pouvant, par défaut de remplissage, faire croire à une tumeur qui n'existe pas.

Pour l'éviter, dans la mesure du possible, la pyélographie sera faite en dehors des périodes d'hématurie.

c) Très utile lorsqu'elle nous montre une déformation du bassinet ou des calices, la pyélographie ne devra donc pas, lorsqu'elle est négative, faire rejeter l'exploration sanglante, si la clinique l'impose.

En résumé : Après ce bref aperçu des signes cliniques des tumeurs du bassinet, nous ne sommes plus étonnés de voir que leur diagnostic en soit si rarement posé avant l'intervention.

Hydronéphrose, tumeur du rein, cancer du rein, tels sont les diagnostics trouvés dans beaucoup d'observations.

Tous les symptômes sont à peu près ceux des tumeurs du rein.

Peut-être la pratique plus répandue de la pyélographie permettra-t-elle de préciser plus souvent notre diagnostic de tumeur du bassinet?

Nous verrons, en étudiant le traitement, que c'est au cours même de l'intervention sur le rein que nous pourrons le plus souvent préciser le siège du polype.

DEUXIÈME PARTIE

Evolution clinique des polypes du bassinet.

C'est en examinant les résultats opératoires des néphrectomies pour polype du bassinet que nous pourrons avoir une idée de l'évolution de ces tumeurs.

Que ce soit dans les cas réunis dans la thèse de Mock, dans ceux du travail plus récent de Stricker, dans nos observations publiées ici enfin, on est frappé par la fréquence des récidives post-opératoires dans l'uretère et la vessie, par le grand nombre d'interventions secondaires nécessitées par ces greffes le long de l'arbre urinaire.

La transformation épithéliomateuse des papillomes primitifs du bassinet, la récidive maligne urétéro-vésicale sont encore des éventualités fréquentes.

Nous allons donc envisager successivement :

1° Les guérisons après néphrectomie simple ;

2° Les récidives sous leurs différents aspects.

I. — Les guérisons.

Après néphrectomie banale pour polype du bassinet, sans urétérectomie ou avec ablation de l'uretère juxta-rénal, il faut, pour parler de guérison, constater : l'arrêt des hématuries; l'intégrité de la vessie et de l'orifice urétéral au cours des cystoscopies de vérification.

Mais *quel est le délai nécessaire* pour parler de guérison définitive?

C'est ici que la question devient délicate :

Beaucoup d'auteurs nous parlent de malades revus quelques

mois, un an, deux ans après la néphrectomie. Mais d'autre part, en étudiant les cas récidivés, nous voyons que les symptômes de récidive ne sont parfois apparus que deux, trois, quatre ans et même davantage après l'opération primitive.

En restant dans la moyenne, on peut dire qu'il faut compter au moins quatre à cinq ans pour juger la guérison définitive.

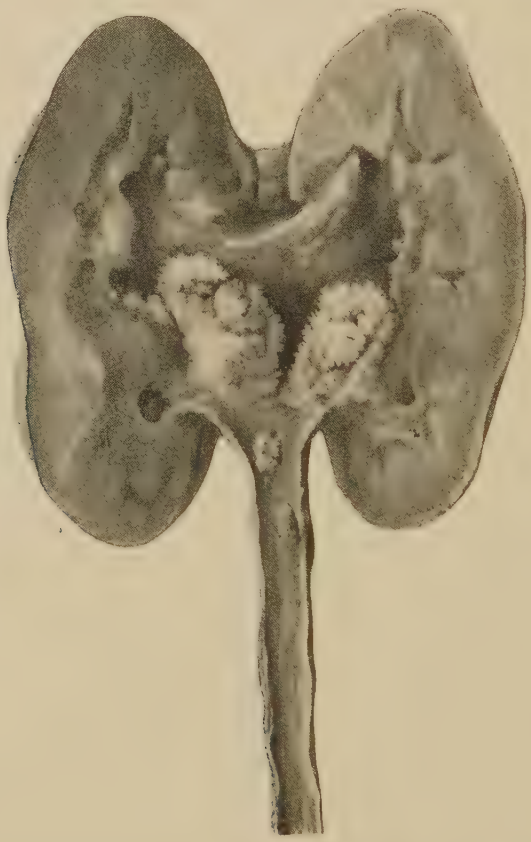

Fig. 1. — Coupe du rein et de l'uretère (obs. XIII).
On voit nettement les deux polypes du bassinet ainsi que les deux petites greffes urétérales supérieures (d'après une aquarelle).

Stricker, qui a, en 1926, réuni 175 cas publiés jusqu'à cette date, affirme qu'on ne peut parler de guérison certaine avant une période de six ans sans aucune récidive.

Voici quelques cas de guérison certaine. — Parmi nos observations personnelles, un seul cas démonstratif (obs. I inédite) :

Néphrectomie banale pour papillome bénin du bassinet en 1919. Nous avons revu et cystoscopé nous-même la malade en avril

1929, c'est-à-dire dix ans après son opération : la vessie était absolument normale, l'orifice urétéral du côté opéré était même invisible. La malade n'avait jamais resaigné.

Nous avons aussi revu vingt mois après sa néphrectomie le malade de l'observation II. Il semblait parfaitement guéri, n'ayant plus saigné, sa vessie indemne de toute lésion. Mais ce délai est insuffisant.

Parmi les observations recueillies, nous trouvons seulement 1 cas de Dozsa (obs. IV) où l'absence de récidive vésicale fut vérifiée trois et quatre ans après la néphrectomie pour papillome banal. Nous y trouvons en outre 5 autres cas de guérison vérifiée dans un délai de un an, deux ans, deux ans et demi et trois ans.

Dans le cas rapporté par Thomas Régnier (obs. VII), on avait pratiqué la néphro-urétérectomie totale d'emblée, ce qui explique sans doute le maintien de la guérison deux ans après.

Nous trouvons donc seulement, en somme, DEUX cas de guérison absolument certaine sur nos 37 observations. Si on se reporte aux observations antérieurement réunies dans la thèse de Mock, on trouve relatés comme guéris :

1 cas d'Albarran (1898) : Epithélioma papillaire en bon état six ans après néphrectomie ;

1 cas de Fenwick, en bonne santé cinq ans après néphrectomie pour papillome ;

1 cas de L. Bazy qui a revu en 1910 un malade néphrectomisé quatre ans auparavant pour papillome du bassinet.

C'est-à-dire seulement 3 cas de guérison probablement définitive sur 64 observations rapportées.

Tous les autres cas sont sujets à caution : six mois, un an, deux ans sans récidive ne veulent pas dire encore guérison définitive... et bien des observations restent sans valeur parce que justement les malades n'ont pas été revus ultérieurement.

Il n'est pas possible de produire une statistique exacte des guérisons prolongées et des récidives.

II. — LES RÉCIDIVES.

Nous étudierons sous ce nom :

1° Les greffes papillomateuses urétéro-vésicales avec tous leurs caractères cliniques et histologiques ;

2° Les récidives malignes locales et les métastases.

1° *Les greffes urétéro-vésicales.*

Nous avons déjà insisté sur leur grande fréquence; dans la majorité de nos observations, ces greffes ont nécessité l'ablation secondaire de l'uretère et le traitement des polypes vésicaux.

Stricker, qui a réuni en 1926 tous les cas publiés dans la littérature, et revu les travaux allemands publiés sur la question jusqu'à cette date, affirme que la récidive a été constatée dans 47 p. 100 des cas au moins.

Cette pullulation secondaire des polypes se manifeste dans des délais tout à fait variables, de quelques mois à plusieurs années. Si elle est en général de six à douze mois, elle peut aller jusqu'à deux ans (obs. XXVIII, XXIX), et même cinq ans (obs. XXXII).

A. Symptômes des récidives urétéro-vésicales. — 1° *Reprise des hématuries.* — C'est presque toujours ce qui amène de nouveau le malade à consulter; cette nouvelle hématurie garde les mêmes caractères : totale, avec caillots, abondante, capricieuse, survenant par crises, pouvant durer une à deux semaines, c'est toujours un symptôme clinique très important; en effet, elle doit immédiatement faire soupçonner une récidive.

Elle impose une cystoscopie d'urgence pour voir si elle dépend d'une lésion vésicale ou si elle vient de l'uretère laissé en place.

Il est important de noter que cette hématurie survient en général brusquement alors que l'état général du malade est excellent (obs. XIII, XIV, XVI).

2° *La reprise des douleurs*, sous forme de pesanteur lombaire ou lombo-iliaque, parfois d'irradiations le long du trajet de l'uretère ou à type de colique néphrétique, est parfois constatée (obs. XXVIII). La palpation a pu dans certains cas noter la présence d'un cordon urétéral épaissi et douloureux (obs. XXIX, XXXVI). Mais chez plusieurs malades dont l'uretère enlevé secondairement présentait de grosses lésions de papillomatose diffuse la palpation de la région iliaque était absolument négative.

3° Parfois, enfin, *aucun symptôme* ne révèle la récidive, c'est une *trouvaille de cystoscopie*, et ceci a une importance capitale : chez tout malade néphrectomisé pour polype du bassinet, il faut pratiquer des cystoscopies de contrôle de temps à autre, surtout si on a laissé l'uretère en place, et même si on l'a extirpé partiellement.

Ceci va nous permettre d'étudier maintenant :

B. Le siège des greffes papillomateuses. — Elles peuvent se faire : dans l'uretère, dans la vessie, dans les deux organes en même temps ou successivement.

1° *Dans l'uretère laissé en place.* — C'est lui qui est la cause de toutes les greffes ultérieures, même si à l'opération primitive il s'était montré absolument normal dans sa partie juxta-rénale. Nous voyons, en consultant les comptes rendus opératoires de nos observations, que souvent on a noté l'aspect normal de l'uretère

Fig. 2. — Aspect cystoscopique du polype de l'orifice urétéral gauche (obs. XIII).

au cours de la néphrectomie, et ceci même dans les cas qui ont récidivé très rapidement.

Comment se présentent les papillomatoses urétérales secondaires?

Elles sont d'aspect assez varié, comme le montre l'examen des uretères enlevés.

Tantôt c'est sous forme de petits polypes isolés du conduit urétéral, polypes du volume d'un grain de millet à une noisette, petites masses frangées plus ou moins finement, soit sessiles, soit pédiculées; l'allongement de ce pédicule, sous l'influence des contractions urétérales, si le polype siège dans la partie inférieure de l'uretère, explique qu'à un moment donné on puisse voir à la cystoscopie le polype accouché par l'orifice urétéral (obs. XIII, fig. 2).

Dans ce cas, on trouva seulement d'ailleurs deux ou trois petits polypes du volume d'un petit pois dans le segment inférieur de l'uretère laissé en place. Et le fait est doublement intéressant

puisqu'on avait pratiqué ici l'ablation subtotale de l'uretère, ne laissant en place que les derniers centimètres du conduit.

Dans l'observation XVIII, trois petits polypes sont disséminés à l'intérieur du conduit.

Dans d'autres cas, c'est une véritable PAPILLOMATOSE DIFFUSE de tout l'uretère.

Au cours de l'urétérectomie, ces uretères bourrés de papillomes ont déjà un aspect très caractéristique : ils sont très augmentés de volume, pouvant atteindre le diamètre du pouce, celui parfois d'un intestin grêle ; il n'y a pas en général de périurétérite exagérée, leur dissection est relativement facile. A la palpation, l'uretère donne un contact élastique, rénitent, parfois fluctuant lorsqu'il est, comme dans l'observation XIV, rempli d'un liquide épais séro-sanglant, contenant une multitude de débris papillaires détachés de la muqueuse.

A la coupe, l'aspect en est tout à fait typique et on ne peut mieux faire, pour en avoir une idée nette, que de se reporter au cas déjà publié par M. Marion à la Société d'Urologie en septembre 1922 (obs. XX) : la face interne de l'uretère est ici transformée en une surface plus ou moins finement mamelonnée (fig. 3 et 4) sans qu'on puisse en aucun point trouver un seul polype nettement pédiculé ou frangé. Ces bourgeons papillaires sont plus ou moins volumineux, variant de la dimension d'un grain de millet à un petit pois, apparaissant encore sous forme de petits champignons à point d'implantation légèrement rétréci. Ils sont si serrés qu'en aucun point n'apparaît la muqueuse normale du conduit.

Cet aspect se retrouve à peu près identique à l'incision des uretères enlevés dans les observations XXVI, XXVIII, XXIX, XXXII, XXXV.

Cette tendance à la pullulation des papillomes du rein et de l'uretère présente exactement les mêmes caractères que la maladie villeuse de la vessie dont elle garde la gravité par sa tendance à la récidive et sa transformation fréquente en épithélioma.

Parfois la papillomatose de l'uretère est moins diffuse ; dans les observations XIV, XVI, XXI, XXXI, elle n'existe que dans une portion du conduit urétéral, et souvent dans son tiers inférieur. C'est en effet le point rétréci, donc le siège de prédilection des inoculations de la muqueuse par les débris papillaires venus du rein ou de l'uretère juxta-rénal.

Les greffes de l'orifice urétéral lui-même sont fréquentes, qu'il s'agisse d'un polype implanté à l'intérieur de l'orifice, sur une

de ses lèvres ou sur la paroi vésicale immédiatement voisine.

On a pu voir dans certains cas une couronne de villosités autour du méat urétéral (obs XXXIV) ou bien une simple frange ténue sortant de l'orifice (obs. XVIII), parfois une véritable masse poly-

Fig. 3.

Fig. 4.

Fig. 3 et 4. — Un cas de papillomatose diffuse secondaire de l'uretère (obs. XX).

peuse compacte (obs. XIII, fig. 2) enserrée entre les lèvres de l'orifice.

Quel que soit l'aspect du polype urétéral, il permet en tout cas d'affirmer la polypose secondaire de l'uretère ; à plus forte raison, si on constate, en même temps que ce polype secondaire, une hématurie venant du côté déjà néphrectomisé.

Et ici encore la cystoscopie retrouve toute sa valeur diagnostique.

Dans les observations XVI, XVII, XXVIII, XXIX, XXXI, XXXII, XXXV, la greffe de l'orifice urétéral permit d'affirmer la récidive et, dans la plupart des cas, d'enlever l'uretère dans sa totalité.

Souvent ces polypes de l'orifice urétéral ont eux-mêmes une tendance à la reproduction rapide : celui de l'observation XIII, fulguré complètement, est retrouvé identique trois mois après.

Dans l'observation XXXVII un polype orificiel, fulguré en même temps qu'on enlevait le rein malade, récidiva trois mois après au même endroit.

Assez souvent le diagnostic de tumeur primitive du bassinet a pu être posé uniquement grâce à la constatation de cette greffe papillomateuse visible à l'orifice urétéral, coïncidant avec les hématuries et la déficience fonctionnelle du rein (obs. VI, VII, XXIV, XXVI, XXXVII).

Dans ces cas, d'ailleurs, on est étonné de voir avec quelle fréquence on a pratiqué une opération incomplète, enlevant le rein et laissant l'uretère en place.

Si on avait dans tous ces cas enlevé l'uretère en même temps que le rein (puisqu'on était certain de l'inoculation de l'uretère) on aurait sans doute obtenu de meilleurs résultats opératoires.

2° *Les greffes vésicales.* — Nous avons déjà vu la fréquence des greffes papillomateuses au voisinage de l'orifice urétéral. Elles peuvent pourtant occuper n'importe quel point de la paroi vésicale.

Cette polypose vésicale secondaire est-elle toujours associée à une greffe urétérale ?

Pratiquement oui : en effet, nous ne trouvons qu'un seul cas (obs. XV) dans lequel l'uretère enlevé paraissait normal, sans polype.

Peut-être une greffe minuscule de l'uretère est-elle passée inaperçue ? Il semble pourtant possible que l'inoculation de la vessie se fasse seule. Par contre, dans toutes les autres observations de polypes vésicaux secondaires à un polype du bassinet antérieurement néphrectomisé, il y avait polypose de l'uretère en même temps.

Dans certains cas, on a même traité d'abord les récidives vésicales (obs. XX, XXIII, XXVII), pratiquant taille et fulguration avant de se décider à enlever l'uretère, cause de tout le mal.

Ces polypes de vessie secondaires présentent les mêmes caractères que le polype vésical primitif. Ils ont comme lui le même aspect frangé, villeux, possèdent un pédicule plus ou moins

visible, et récidivent souvent aussi vite après électro-coagulation. Pourtant leur siège dans la corne vésicale au voisinage de l'orifice urétéral doit éveiller l'attention; ils sont peut-être aussi plus petits, moins frangés que les papillomes primitifs. Mais pratiquement la différence est nulle, et la meilleure preuve en est dans les cas qui ont été pendant longtemps traités comme des polypes de vessie primitifs sans que l'on songe à l'origine rénale de ces greffes.

Dans les observations XXV, XXVII, XXX, on traita pendant plusieurs mois les polypes de vessie avant d'enlever le rein malade. Nous y ajouterons quelques observations typiques recueillies dans la littérature étrangère :

1 cas de Mc Donald : hématurie depuis sept ans, gros rein.

Ablation d'un polype de la paroi vésicale droite.

Néphrectomie quatre mois après : hydronéphrose avec papillomes bénins.

1 cas de Haslinger : papillome de l'orifice urétéral gauche enlevé par taille (transformation maligne).

Néphrectomie et urétérectomie six mois après.

1 cas de Grauhan : Hématuries depuis cinq mois.

Ablation par taille d'un polype de l'orifice urétéral et réimplantation vésicale de l'uretère !

On enlève le rein un mois après.

En résumé. — Tous les points de l'arbre urinaire peuvent être envahis par les greffes secondaires d'un polype du bassinet supprimé par néphrectomie. Ils le sont à des degrés divers, avec une rapidité plus ou moins grande sans qu'il soit possible de dire exactement à quelle date cette polypose secondaire a commencé.

Quelles sont les causes de cette pullulation à distance ?

C'est avant tout la facilité de dissémination que possèdent les éléments épithéliaux des papillomes, exactement à l'égal des polypes primitifs de la vessie.

Il est probable qu'il s'agit en général de l'évolution de greffes qui existaient déjà au moment de la première intervention sur le rein, et non pas de récidive à proprement parler.

Ceci nous permet déjà d'entrevoir la conclusion logique de ces complications, c'est l'ablation de l'uretère en même temps que celle du rein.

Il est possible que les manipulations du rein au moment de la néphrectomie, les pressions exercées sur le bassinet et l'uretère juxta-rénal facilitent l'essaimage des éléments papillomateux qui

viendront se greffer de préférence au point rétréci de l'uretère, au niveau de son trajet intravésical.

En tout cas, c'est *l'opération incomplète* qu'il faut rendre responsable des greffes polypeuses urétéro-vésicales.

Malgré les recommandations d'Israël en 1901, d'Albarran en 1904, on s'aperçoit que l'urétérectomie totale d'emblée est restée jusqu'ici une exception, même dans les cas où l'uretère juxta-rénal était apparu à l'opération comme déjà manifestement envahi par les greffes polypeuses.

Ceci tient essentiellement au fait suivant :

Le polype du bassinet n'est pas une lésion fréquente, on n'y pense pas lorsqu'on intervient sur un rein avec le diagnostic de tumeur rénale, et quand on se trouve en présence du polype du bassinet, on ne sait pas très bien ce qu'il faut faire, on enlève le rein sans plus se soucier de l'uretère.

Nous venons d'envisager l'évolution des polypes du bassinet au point de vue clinique, sans nous occuper des caractères histologiques des tumeurs primitives ou de leurs greffes urétéro-vésicales.

Nous allons maintenant étudier leur anatomie pathologique.

Anatomie pathologique des polypes du bassinet et de leurs récidives. — Il faut grouper sous le nom de polypes du bassinet les tumeurs épithéliales à caractère papillomateux, qui comprennent :

1° Les papillomes purs, bénins.

2° Les épithéliomas papillaires ou papillomes malins.

Macroscopiquement : il n'existe aucune différence essentielle entre ces deux catégories de tumeurs : leur volume est variable, généralement petit, de la taille d'un grain de millet à celle d'une noix ou même d'une mandarine ; ils sont d'aspect frangé ou mûriforme et surtout pédiculés ; leur consistance est uniforme, molle, ils existent en nombre absolument variable.

Les épithéliomas papillaires semblent dans certains cas cependant plus gros, plus durs, souvent formés de simples végétations sessiles groupées en amas. Ils sont moins finement villeux et plus largement implantés.

Microscopiquement, leurs caractères sont différents, qu'il s'agisse de polype du bassinet ou de greffes polypeuses de l'uretère ou de la vessie.

a) Le *papillome bénin, pur, typique*, est formé d'une agglomération de franges polypeuses, elles-mêmes constituées d'un axe conjonctif ramifié, parcouru par des vaisseaux sanguins nombreux

et souvent dilatés; il est recouvert de plusieurs couches de cellules épithéliales stratifiées, régulièrement disposées, cellules cylindro-cubiques qui tendent à s'aplatir dans les couches superficielles. La néoformation s'arrête nettement à la limite de la sous-muqueuse du bassinet et de l'uretère, et ne l'infiltre jamais. De chaque côté du pédicule, les papilles ont tendance à s'aplatir jusqu'à continuation directe avec l'épithélium normal du bassinet. Il n'y a pas d'atypie cellulaire, pas de figures de karyokynèse, pas de cônes de pénétration dans la paroi.

b) Dans l'*épithélioma papillaire* ou papillome malin, la constitution régulière en papilles est identique, la structure histologique en plusieurs points semblable à celle du papillome bénin.

Mais, par endroits, les cellules des différentes couches sont irrégulièrement disposées, certaines cellules sont volumineuses, à gros noyau monstrueux; la limite de la basale est peu nette, et du côté du point d'implantation il y a pénétration de boyaux épithéliaux dans la profondeur. Les figures de karyokinèse sont fréquentes.

Papillome bénin ou épithélioma papillaire peuvent aussi bien se propager par greffes dans l'uretère et la vessie; en général, les polyposes secondaires urétéro-vésicales reproduisent le même type histologique que la tumeur primitive développée dans le bassinet. Mais ce n'est pas une règle absolue, et tout papillome bénin typique peut récidiver sous forme d'épithélioma papillaire.

Que ce soit polype primitif du bassinet ou greffe urétéro-vésicale, les caractères histologiques sont loin d'être toujours nettement tranchés, et bien des cas étiquetés papillome typique ont été reconnus ultérieurement comme des épithéliomas papillaires.

c) Les *formes de transition*, en effet, sont excessivement fréquentes, les coupes en série révèlent des points en voie de transformation maligne.

Il est d'ailleurs assez intéressant de voir que la transformation maligne des papillomes du bassinet se fait en général lentement : certains malades saignent depuis des années; l'examen histologique montre à peine en quelque zone limitée certains caractères de transformation maligne au début : désordre des éléments cellulaires de revêtement, sans grosse atypie cellulaire, et surtout sans aucune infiltration dans la profondeur.

Il est bien évident que, dans ces cas, le papillome est resté longtemps, plusieurs années parfois, à l'état de papillome pur bénin, avant de se transformer. Il en est exactement de même pour les greffes polypeuses de l'uretère ou de la vessie.

L'examen histologique peut se trouver en défaut; il doit porter sur plusieurs coupes prélevées en des points différents de la tumeur, et surtout au niveau de la base d'implantation sur le bassinet.

Les coupes d'uretère doivent être faites aussi en série, et souvent c'est seulement en un point très localisé d'une papillomatose diffuse que l'on pourra découvrir quelque élément en voie de dégénérescence maligne.

Ces *papillomatoses diffuses* secondaires ne sont d'ailleurs nullement un indice de malignité certaine : dans nombre d'observations (XX, XXVI, XXVIII, XXIX, XXXV), l'uretère était tapissé d'innombrables masses papillomateuses dont le caractère de bénignité correspondait à la tumeur du bassinet antérieurement enlevée.

2° *Les récidives malignes et les métastases.*

Si les greffes urétéro-vésicales reproduisent en général les caractères histologiques de la tumeur primitive du bassinet (papillome bénin ou papillome en voie de transformation épithéliomateuse) et sont justiciables de l'urétérectomie secondaire, dans d'autres cas, c'est sous forme de cancer qu'elles ont évolué rapidement.

Dans l'observation XVII, la rapidité des récidives vésicales, l'aggravation de l'état général avec douleurs, témoignent de l'évolution maligne des greffes de l'uretère et de la vessie.

Dans l'observation de M. Michon, l'épithélioma papillaire du bassinet récidiva en dix mois sous forme d'une tumeur de l'orifice urétéral et de la paroi vésicale voisine, à caractères cancéreux : infiltration diffuse, masse dure allant jusqu'au col vésical.

D'ailleurs, malgré l'urétérectomie avec ablation de la tumeur vésicale, le malade mourut quelques mois après de nouvelle récidive cancéreuse vésicale et pelvienne.

Parfois la tumeur primitive du bassinet a récidivé dans la cicatrice de néphrectomie : en voici une observation de Savory et Nash (1904).

Néphrectomie pour papillome bénin.

Un an après, récidive lombaire, paraplégie et mort.

Enfin les *métastases* cancéreuses viscérales ou osseuses ont été parfois constatées : dans notre observation XVI, l'apparition de douleurs thoraciques, l'épanchement pleural sanglant semblent

bien en rapport avec une métastase pulmonaire ou pleurale — et pourtant l'urétérectomie secondaire avait été pratiquée deux ans auparavant — il n'y avait ici aucune récidive locale. Nous trouvons encore un exemple de généralisation cancéreuse dans l'observation suivante de Derewenko (1908).

Néphrectomie pour papillome bénin du bassinet.

Deux ans après, le malade succombe à une paraplégie : on trouve une récidive cancéreuse lombaire ayant envahi la colonne vertébrale, et des métastases dans le foie et le poumon.

Il semble donc que certaines tumeurs papillaires essaiment à distance leurs greffes avec grande rapidité tandis que d'autres ont au contraire une tendance à la transformation épithélioma-teuse.

En résumé. — Tout papillome histologiquement bénin peut par ses greffes rapides évoluer cliniquement comme une tumeur maligne.

Le papillome pur doit être en somme regardé comme une forme de début de l'épithélioma papillaire.

Toute récidive peut évoluer malignement, malgre les caractères de bénignité de la tumeur primitive.

L'évolution clinique des polypes du bassinet ne dépend donc pas essentiellement de leur nature histologique.

C'est par leur dissémination urétéro-vésicale après néphrectomie, par leur transformation possible en épithélioma, que les polypes du bassinet doivent être considérés comme des *tumeurs malignes* et traitées comme telles, c'est-à-dire par l'opération radicale chaque fois qu'elle est réalisable.

Les bons résultats à longue échéance sont uniquement représentés par des papillomes du bassinet bénins et opérés précocement.

TROISIEME PARTIE

TRAITEMENT

Avant d'envisager les différentes indications opératoires il faut d'abord poser un principe fondamental et reconnu par tous les chirurgiens et urologues modernes · à savoir que, devant un polype du bassinet évident, il faut, chez tout malade jeune et résistant, pratiquer la *néphrectomie* et en même temps l'*urétérectomie totale* d'emblée en enlevant l'uretère aussi bas que possible.

Ceci avait d'ailleurs été déjà posé en règle par Albarran qui écrit dans son ouvrage *Médecine opératoire des voies urinaires* paru en 1909 : « L'urétérectomie doit être, à mon avis, la règle dans les tumeurs papillaires du bassinet, même lorsque l'uretère ne paraît pas envahi, parce que les greffes peuvent exister dans le trajet du conduit sans que sa portion juxta-rénale présente de villosités. »

C'est le seul moyen d'éviter au malade une seconde intervention pénible, qu'il acceptera parfois difficilement, malgré les complications graves auxquelles il reste exposé.

Le traitement doit être envisagé dans deux éventualités particulières :

1° Ou bien le diagnostic de polype du bassinet n'est pas posé avant l'opération : nous allons montrer comment on peut le préciser au cours de celle-ci ;

2° Le diagnostic est posé. Les indications sont alors tout à fait nettes.

I. — **Le diagnostic de polype du bassinet n'est pas posé avant l'intervention : comment le préciser au cours de celle-ci.**

Ce sont les cas les plus fréquents, l'intervention est décidée avec le diagnostic de tumeur du rein, néoplasme probable :

Hématuries abondantes et répétées, absence d'autres signes urinaires. Déficience fonctionnelle du rein qui saigne, parfois tumeur perceptible, pyélographie impossible ou douteuse. Tout concorde à permettre ce diagnostic (obs. II, V, XIII, XIV, XV, XVII, XVIII, XXVIII, XXIX, XXXI).

Parmi nos 37 observations, en effet, nous trouvons seulement un cas de Dozsa (1926) où le diagnostic de tumeur du bassinet fut nettement posé avant la néphrectomie (obs. IV).

Dans l'observation XXXVII, le même auteur nous dit bien qu'on a porté le diagnostic de tumeur du bassinet avant l'intervention, mais il y avait ici deux renseignements de première importance et qui manquent dans tous les autres cas publiés : une cystoscopie qui montrait un polype de l'orifice urétéral et une pyélographie des plus concluantes en faveur de la tumeur intra-pyélique.

Lorsqu'on pratique la néphrectomie avec le diagnostic de tumeur du rein, l'erreur est en général rapidement reconnue : une fois la lombotomie pratiquée, la loge du rein ouverte, on ne trouve pas cette atmosphère adipeuse péri-rénale épaissie, très vascularisée, saignant à la libération de l'organe, qui est souvent très nette dans le cas de cancer. Bien plus, ce rein extériorisé peut être d'apparence tout à fait normale : pas de périnéphrite, pas de bosselures, consistance ferme et homogène, régulière, sans aucun noyau dur au niveau d'un pôle, par exemple.

Il faut examiner soigneusement le bassinet en le dénudant très légèrement de la graisse qui l'entoure, et parfois déjà son volume est tout à fait anormal : dans l'observation I, le bassinet fut trouvé aussi volumineux que le rein extériorisé, distendu, rénitent. La palpation donnait l'impression d'une masse molle dépressible (obs. XXVIII, XXXVII) ressemblant à un caillot sanguin (obs. IV).

Au cours de la néphrectomie, dans notre observation XIII, l'aspect dilaté, violacé du bassinet, sa consistance molasse, ont fait à coup sûr reconnaître le polype.

Dans d'autres cas, rein et bassinet paraissent absolument normaux (obs. II, XXXVI) et il est évident qu'un petit polype peut échapper à la palpation la plus attentive.

L'aspect de l'uretère au contraire, sa consistance, ne nous donnent en général aucun renseignement précis et, dans la plupart de nos observations, le compte rendu opératoire signalait un uretère d'aspect absolument normal. Nous avons déjà insisté sur le manque de valeur absolu de cette constatation.

Enfin, au cours de certaines interventions, l'examen attentif du rein, du bassinet, de l'uretère, n'a donné aucun résultat, et on comprend que certains opérateurs aient pu hésiter à pratiquer la néphrectomie. Nous trouvons en effet, dans la littérature, d'assez nombreux cas prouvant cette difficulté de diagnostic, même le rein en main : chez un malade de Ashner, le rein fut simplement décapsulé et fixé.

Dans la thèse de Mock nous trouvons aussi des cas où le rein fut simplement remis en place.

Il semble d'ailleurs probable que l'exploration sanglante ait été décidée uniquement en raison de l'abondance et de la répétition des hématuries, sans que l'on ait d'autre renseignement clinique en faveur du diagnostic de tumeur rénale.

Si dans ces cas l'examen attentif du rein, du bassinet, de l'uretère ne montre absolument rien d'anormal, on ne doit pas d'emblée pratiquer l'ablation de ce rein ; et c'est à ce propos que se pose la question de la *néphrotomie exploratrice*.

Permise dans certaines conditions, elle a parfois révélé la présence d une tumeur du bassinet (Brütt) et nous en trouvons deux ou trois autres exemples parmi les observations de la thèse de Mock.

Mais nous allons voir que la néphrotomie doit en réalité rester une méthode d'exception.

Dans le cas rapporté par Reschke (obs. VIII), l'incision du rein n'a rien montré d'anormal ; la néphrectomie fut pratiquée quelques jours après devant la persistance de l'hématurie et on découvrit un polype du bassinet en voie de nécrose. Dans l'observation XXXV (Stricker, 1924), en présence d'un rein d'aspect absolument normal, l'opérateur pratique une petite néphrotomie qui ne donne aucun renseignement, même après exploration au doigt; c'est seulement l'issue d'un petit fragment douteux par la brèche rénale qui décide l'ablation du rein. Cette observation récente de Dozsa est caractéristique : la néphrotomie peut très bien ne rien montrer et non seulement elle est ainsi inutile, mais dangereuse au même

titre que toute néphrotomie pour calcul; ou bien elle est incomplète, et il est bien évident qu'une petite incision du rein ne permettra jamais d'explorer un bassinet et d'y percevoir un petit polype. Ou bien on fait une néphrotomie large et on reste exposé au danger d'une hémorragie secondaire.

Il faut donc pratiquer le moins souvent possible l'incision exploratrice du rein, permettant de vérifier l'état du bassinet.

Il est déjà parfois difficile, à travers cette incision, de percevoir un calcul enchâssé dans un calice. A plus forte raison est-il bien plus difficile, et pour ainsi dire impossible, de voir ou de sentir au doigt un polype, petite masse molle et mobile et qui ne fait nulle saillie perceptible dans le bassinet.

Si on avait quelque hésitation à pratiquer l'ablation d'un rein dont le fonctionnement s'était montré peu atteint, mieux vaudrait peut-être, dans ces cas, faire une pyélotomie exploratrice, l'incision directe du bassinet permettant aussi facilement que celle du rein de déceler la tumeur intrapyélique.

Il est encore une précaution indispensable et qui *a priori* semble bien naturelle, sur laquelle nous voulons insister : la nécessité de faire ouvrir de suite la pièce opératoire au cours d'une néphrectomie pour tumeur présumée du rein ou du bassinet.

Si la plupart des opérateurs avaient pris cette précaution, peut-être n'auraient-ils pas refermé leur paroi sans enlever l'uretère tout au moins dans sa portion supérieure.

C'est de cette façon que l'urétérectomie subtotale fut pratiquée chez le malade de l'observation XIII (fig. 1), la coupe immédiate du rein enlevé ayant montré l'existence des polypes que déjà l'examen extérieur du bassinet avait fait soupçonner.

Dans l'observation XVI, on intervient pour une grosse hydronéphrose. C'est seulement à l'ouverture de la poche qu'on y trouve non seulement plusieurs calculs déjà décelés par une radiographie, mais aussi quelques papillomes disséminés.

Encore ici n'avait-on vraiment aucune raison de penser à un polype.

Il n'en est pas de même dans l'observation X : c'est pour hématuries qu'on intervient sur un très gros rein déficient ; l'uretère déjà présentait dans sa partie supérieure quelques greffes papillomateuses. Évidemment, si la pièce avait été ouverte immédiatement après son ablation, l'opérateur se serait-il sans doute décidé à enlever l'uretère sinon en totalité, du moins partiellement.

Enfin, une fois le polype reconnu, la néphrectomie pratiquée, peut-on se baser sur l'aspect et la consistance de l'uretère juxta-rénal pour savoir s'il y a déjà des greffes papillomateuses dans le conduit ?

Certainement non. Dans nombre d'observations, l'uretère paraissait normal et pourtant les récidives urétéro-vésicales rapides montrèrent qu'il était sûrement déjà lésé à ce moment.

Quant au cathétérisme rétrograde, il ne peut être d'aucune utilité, le passage de la sonde ne sera nullement gêné par les polypes de l'uretère et cette manœuvre ne peut qu'être nuisible en favorisant la dissémination des éléments papillomateux à distance.

II. — **Le diagnostic de polype du bassinet est posé.**

Soit avant l'opération.

Soit bien plus souvent au cours de celle-ci, comme nous venons de le voir. Les indications sont alors plus précises et nous allons montrer quelle nous semble la conduite à tenir.

A. Si le malade est jeune et résistant, si la néphrectomie a été simple, rapide, sans complication, il faut d'emblée faire l'*urétérectomie totale*. Il suffit de prolonger l'incision vers le bas, en direction du canal inguinal, de dégager l'uretère de haut en bas, en écartant fortement le péritoine en dedans, et d'enlever cet uretère complètement jusqu'à la corne vésicale, en le faisant passer sous le canal déférent. Insistons encore sur la nécessité d'enlever l'uretère en totalité, puisque c'est dans sa portion inférieure, dans son trajet intravésical rétréci que siègent le plus souvent les greffes papillomateuses. Nous avons vu (obs. XIII) les récidives se faire dans un petit moignon urétéral laissé en place, malgré une urétérectomie subtotale judicieusement pratiquée.

Si, par hasard, on laisse un petit moignon d'uretère de 1 à 2 centimètres, étant donné la difficulté chez certains malades obèses d'atteindre parfois la corne vésicale, il faudra le lier et le cautériser ; dans un second temps, par les voies naturelles, on peut par électrocoagulation détruire complètement la muqueuse de ce moignon en mobilisant l'électrode à l'intérieur du conduit à fulgurer.

B. L'urétérectomie totale d'emblée devient plus discutable chez un malade dont l'état général laisse à désirer, malade affaibli

quelquefois par des hématuries répétées, ou encore si la néphrectomie, pour une raison quelconque, a été longue et difficile.

Dans ces cas, on enlèvera le plus possible d'uretère par l'incision lombaire en liant et cautérisant le bout inférieur. Et *on attendra*. Le malade sera surveillé de près, des cystoscopies de contrôle seront pratiquées assez souvent pour déceler une récidive vésicale à son début, et surtout on le préviendra de la reprise possible de l'hématurie. C'est ce qui a été fait dans nos observations XIV, XVIII, XIX, etc. En se basant sur nos observations, on pourrait affirmer qu'il faut plutôt compter sur une greffe urétérovésicale secondaire que sur une guérison complète, et ici se pose la question de l'urétérectomie secondaire de parti pris sans attendre les symptômes de récidive, quelques semaines après la néphrectomie par exemple. Faut-il la faire ? C'est une question d'autant plus discutable que le malade n'acceptera pas bien souvent cette nouvelle opération. Et puis il y a tout de même des polypes du bassinet qui n'ont pas récidivé, et on est en droit d'attendre. Répétons encore que l'examen histologique ne doit pas servir de critérium absolu pour décider ou non de l'ablation secondaire de l'uretère dans un délai rapide. Tout polype du bassinet microscopiquement bénin peut récidiver très rapidement sous forme de papillome en voie de transformation maligne.

Il y a pourtant 2 cas dans lesquels on devra conseiller au malade l'ablation secondaire rapide de l'uretère. C'est quand, à l'examen de la pièce, le segment supérieur du conduit s'est montré déjà envahi par les greffes papillomateuses.

Nous avons vu comment il est dans ces cas bien préférable d'enlever de suite l'uretère en même temps que le rein malade. D'autre part, si le polype primitif du bassinet est sans aucun doute un épithélioma papillaire, l'ablation la plus rapide de l'uretère est le seul moyen d'éviter une greffe dont la malignité pourra contre-indiquer l'opération quelques mois plus tard, ou du moins lui donner bien peu de chance de succès (obs. XX).

III. — Interventions secondaires.

Basées sur le même principe qui est de supprimer l'uretère et aussi de traiter les greffes vésicales, elles diffèrent cependant suivant les cas observés :

1° *Récidive des hématuries*; *la cystoscopie ne décèle aucun polype vésical*, mais montre que le sang vient bien du côté déjà opéré. Dans ces cas, l'urétérectomie totale secondaire s'impose, si l'état général du malade le permet.

On la pratiquera par incision lombo-iliaque de façon à découvrir l'uretère exactement comme on le ferait pour un calcul pelvien. L'opération se fera exactement de la même façon chez la femme que chez l'homme. Point n'est besoin de recourir à d'autres techniques, comme certains auteurs l'ont décrite, la voie transpéritonéale par exemple (Bissel).

2° *Récidive des hématuries*, *la cystoscopie montre ici de petits polypes de la vessie* implantés sur la paroi latérale, au voisinage de l'orifice urétéral ou bien sortant de cet orifice.

On pratiquera l'urétérectomie par voie iliaque et les greffes vésicales seront traitées par les voies naturelles. Destruction complète en une seule séance par électro-coagulation. C'est ce que M. Marion fit dans le cas rapporté plus loin (obs. XV). Nous avons déjà dit qu'on ne trouva pas trace de polype dans cet uretère ; c'était néanmoins de la plus grande prudence de supprimer définitivement la possibilité de nouvelles récidives.

La fulguration de ces petits polypes de vessie, à condition que leur dimension ne dépasse pas environ celle d'une grosse noisette et qu'ils ne soient pas trop nombreux, est toujours un procédé idéal et facile. Insistons encore sur la nécessité de les détruire complètement et vite, en une seule séance si possible, afin de ne pas faciliter, en les irritant, leur transformation maligne.

3° *Reprise des hématuries avec constatation de* GROS POLYPES VÉSICAUX SECONDAIRES.

Il ne faut pas, dans ces cas, s'attarder à essayer de les détruire par fulguration, mais pratiquer l'urétérectomie totale en deux temps, suivant la technique que nous avons vu employer souvent avec succès par M. Marion. Elle permet non seulement d'enlever facilement par taille les polypes vésicaux, mais encore d'extirper l'uretère dans sa totalité en enlevant la corne vésicale. *La technique en est bien réglée* :

Dans un premier temps, taille vésicale élargie : ablation des polypes vésicaux par le procédé ordinaire de la section basse du pédicule avec cautérisation de la paroi au niveau de ce point. Puis on circonscrit au bistouri l'orifice urétéral après avoir enlevé ou détruit le polype qui en sort. Une fois cet orifice dégagé complètement, l'uretère ainsi désinséré de la paroi vésicale est lié, cautérisé. On le décolle le plus loin possible en dehors de la vessie et on le repousse vers la fosse iliaque. A ce moment, fermeture de cette plaie par quelques points de catgut rapprochant les lèvres de la brèche vésicale. M. Marion, en général, laisse à ce niveau un tamponnement. Fermeture de la vessie, qui restera drainée par un tube de Marion.

Deuxième temps. Incision lombo-iliaque. On va d'abord dégager le bout inférieur de l'uretère déjà décollé, qu'on fait passer sous le canal déférent, et on l'extirpe peu à peu, par traction douce et décollement à la compresse de bas en haut.

Il s'agit dans ces cas d'une opération assez longue et sérieuse qu'il ne faut entreprendre que chez les sujets résistants.

Toutes ces interventions secondaires, surtout lorsqu'il y a eu greffes vésicales, ne mettent pas complètement à l'abri des complications ultérieures. Ces papillomes de vessie greffés secondairement présentent les mêmes caractères que les polypes vésicaux primitifs ; ils sont aussi tenaces, et peuvent se reproduire dans la vessie, avec la même déconcertante facilité.

Aussi, tous ces malades doivent-ils être minutieusement suivis. Une cystoscopie de contrôle sera pratiquée de temps à autre ; de cette façon, la moindre récidive vésicale papillomateuse sera détruite facilement par électrocoagulation, avant qu'elle n'ait le temps de créer de nouvelles complications.

Reste la question des récidives nettement malignes, comme dans l'observation de M. Michon. Ici, l'aspect cystoscopique du polype de l'orifice urétéral, l'infiltration limitée de la paroi vésicale ne laissaient aucun doute sur la nature épithéliomateuse de cette greffe. L'état général du malade permettait de tenter l'ablation de l'uretère et en même temps de la tumeur vésicale.

Dans l'observation XVII, au contraire, elle est contre-indiquée par l'âge et l'obésité de la malade, une application de radium est seulement pratiquée pour arrêter les hémorragies.

Il faudra toujours craindre cette récidive cancéreuse après extirpation de l'uretère si l'examen histologique a nettement

montré qu'il s'agissait d'épithélioma papillaire. Enfin, songer aux métastases encore possibles et qui, dans certains cas en apparence guéris, sont survenus un ou deux ans plus tard. On réservera la curiethérapie aux cas inopérables et surtout aux hémorragies graves, d'origine vésicale.

De telle sorte que le pronostic des polypes du bassinet doit en somme être toujours réservé.

L'étude des statistiques, concluait M. Mock dans sa thèse : « montre des survies durables et l'absence prolongée de récidives ».

Nous croyons avoir montré au contraire que les guérisons définitives n'étaient pas si fréquentes.

OBSERVATIONS

I. — Polypes du bassinet non récidivés.

Observation I (*Inédite*). — Mme Hoy..., quarante et un ans.

Entre le 3 novembre 1919, salle Lallier, pour des hématuries qui durent depuis trois ans, se reproduisant tous les mois environ, sont abondantes, l'une d'elles ayant persisté pendant trois semaines.

Aucun phénomène vésical. Bon état général.

Un peu de sensibilité rénale droite à la palpation.

La *division des urines* révèle une déficience fonctionnelle du rein droit.

Intervention (M. Marion) le 19 novembre 1919.

Après lombotomie, on découvre un bassinet volumineux, distendu, rénitent, presque aussi gros que le rein extériorisé. On enlève l'uretère partiellement le plus bas possible.

Pièce : Le rein est petit, allongé. Le bassinet, violacé, distendu, est rempli de masses végétantes très finement frangées.

Histologiquement : papillome typique bénin.

La malade a été revue le 27 avril 1929, c'est-à-dire dix ans environ après sa néphrectomie; il n'y a jamais eu récidive de l'hématurie. La vessie, à la cystoscopie, se montre indemne, l'orifice urétéral droit est invisible. La malade est donc restée complètement guérie depuis son opération.

Obs. II (*Inédite*). — Bar... (Pierre), cinquante-six ans (Civiale).

Entre le 23 juin 1927 pour hématurie durant depuis plusieurs mois, hématurie abondante, intermittente, avec caillots, s'accompagnant de quelques douleurs de la région lombaire gauche.

A la *cystoscopie*, vessie d'apparence normale. Le cathétérisme bilatéral démontre une déficience fonctionnelle nette du rein gauche. On porte le diagnostic de tumeur rénale gauche.

Intervention le 9 juillet 1927 (M. Marion).

Lombotomie gauche, avec résection de la 11e côte. Rein de volume normal, pôle supérieur légèrement bosselé, ecchymotique. On pratique la néphrectomie en enlevant la partie supérieure de l'uretère.

A l'examen de la pièce, on découvre un papillome du bassinet avec de petites greffes à la partie toute supérieure du conduit urétéral. Le pôle supérieur du rein, normal à la coupe, paraît simplement infiltré de sang.

Examen histologique (Kogan) : Papillome bénin, à franges typiques, à

cellules régulièrement disposées autour des axes conjonctivo-vasculaires, sans aucun élément en voie de transformation maligne.

Le malade a été revu le 10 avril 1929, c'est-à-dire vingt mois après la néphrectomie, il n'y a pas eu de nouvelle hématurie, les urines sont limpides, la cystoscopie ne révèle aucune greffe vésicale secondaire.

Obs. III. — Scholl, 1929.

Néphrectomie avec urétérectomie partielle pour papillome malin provoquant des hématuries depuis deux ans.

Pas de récidive deux ans et demi après.

Obs. IV. — Dozsa, 1921.

Homme, trente-six ans. Hématurie abondante.

Cystoscopie : Vessie normale.

Division : Hématurie vient du rein gauche ; nombreuses cellules épithéliales dans l'urine du rein gauche.

Radio : Ombre nette à gauche, au niveau du bassinet, à limites imprécises, mais qui ne semble pas être l'image d'un calcul.

Diagnostic : Tumeur du bassinet.

Intervention : 20 septembre 1920. Pôle supérieur du rein dilaté.

Dans le bassinet on sent une masse molle donnant l'impression d'un caillot ; l'uretère semble normal. Néphrectomie.

Pièce : Le calice supérieur est rempli d'une masse rouge villeuse à base d'implantation large, formant une grosse tumeur avec points nécrosés.

Histologiquement : Tumeur papillaire à villosités ramifiées. Pas de désordre cellulaire ni d'atypie. Papillome pur.

Revu trois et quatre ans après. Vessie normale, urine claire, pas de récidives.

Obs. V. — Brütt, 1921.

Femme, soixante-quinze ans. Hématurie. Tumeur rénale gauche. On porte le diagnostic de tumeur du rein gauche.

Néphrectomie et urétérectomie partielle (hématonéphrose. Papillome malin du bassinet ; uretère sain).

Pas de récidive deux ans et demi après.

Obs. VI. — Dozsa, 1923.

Homme, quarante-sept ans. Hématurie. Tumeur rénale gauche.

Cystoscopie : Masse papillomateuse à l'orifice urétéral gauche, du volume d'une noix, en partie incrustée et nécrosée. Examen fonctionnel : rein gauche détruit.

Diagnostic : Hydronéphrose infectée secondaire à un papillome urétéral inférieur.

Intervention : Grosse tumeur rénale, poche amincie, uretère épaissi. Néphrectomie et urétérectomie presque totale d'emblée.

Pièce : Calices et bassinet très dilatés remplis de villosités. Uretère épaissi, couvert de plaques de papillomes ; lumière bouchée.

Histologiquement : Pas d'atypie cellulaire visible, ni d'infiltration profonde. Electro-coagulation du papillome vésical.

Revu deux ans après : pas de récidive vésicale.

Obs. VII. — Thomas Régnier, 1924.

Jeune homme avec hématuries.

Cystoscopie : Papillomes vésicaux multiples, papillome de l'orifice urétéral gauche.

Néphro-urétérectomie totale primitive avec résection de la corne vésicale.

Il s'agissait de papillomes bénins.

Pas de récidive deux ans après.

Obs. VIII. — Reschke, 1924.

Une néphrotomie gauche pratiquée à la suite d'une hématurie et coliques néphrétiques ne montre rien d'anormal.

La néphrectomie gauche, quelques jours après, nécessitée par la reprise des hémorragies, prouve qu'il s'agit d'un papillome en voie de nécrose très avancée.

Un an après, pas de récidive.

II. — Polypes du bassinet non suivis.

Obs. IX. — M. Marion (In *J. d'Urologie*, 1926).

M. N..., d'Athènes.

Présente des hématuries récidivantes depuis six mois environ qui ont fait penser à une tuberculose rénale en raison d'une pyurie nette.

Ces hématuries semblent pourtant à M. Marion bien abondantes pour une tuberculose, malgré la division des urines qui montre une légère déficience du rein gauche, qui saigne, et une pyurie sans microbes.

La *pyélographie* ne semble pas très concluante (pourtant, on pouvait y lire une déformation du calice supérieur, sorte d'image lacunaire marginale, difficilement visible il est vrai).

L'*intervention* est décidée avec le diagnostic de tuberculose ou néoplasme, et pratiquée à la clinique le 24 juin 1926.

Il s'agit d'une tumeur végétante de la partie supérieure du bassinet, du volume d'une petite pêche, sans envahissement du parenchyme rénal ni de l'uretère; les calices supérieurs sont respectés, ce qui explique que la pyélographie n'ait pas donné d'indications nettes.

L'*examen histologique* a démontré qu'il s'agissait d'un papillome banal de constitution bénigne.

Le malade n'a pas été revu.

Il est probable qu'il est resté guéri.

Obs. X. — Godard et Gautier (*Société Française d'Urologie*), 18 juin 1928.

Mme S..., quarante ans : hématuries à répétition depuis deux ans, avec parfois élimination de petits débris papillaires, en réalité les premières hématuries semblent remonter à quinze ans environ. Déficience rénale droite considérable.

	R. D.	R. G.
Débit uréique, en gr.	2,36	16,53

Néphrectomie le 18 mai 1927.

Pièce. — Très gros rein hydro-néphrotique, dont la substance corticale semble presque entièrement détruite. Volumineux papillome implanté dans le bassinet, semblant boucher l'uretère. La tumeur paraît avoir essaimé à l'intérieur de certains calices et à la partie toute supérieure de l'uretère.

Histologiquement. — Il s'agit d'un papillome typique, sans trace de transformation maligne. La malade, revue quatre mois après son opération, semble en parfait état.

Obs. XI. — Aschner, 1921.

Homme, soixante-deux ans. Hématurie continuant malgré la décapsulation et fixation d'un rein gauche. Papillome à l'orifice urétéral gauche.

Néphrectomie et urétérectomie totale.

Histologiquement. – Epithélioma papillaire du bassinet et de l'uretère.

Obs. XII. — Dozsa, 1926.

Homme, cinquante-six ans. Hématurie. *Cystoscopie*, rien. Grosse tumeur lombaire gauche mobile. Cathétérisme : bassinet gauche bouché, la sonde ne passe pas, aucune sécrétion.

Néphrectomie le 4 octobre 1926 avec urétérectomie partielle.

Pièce. — Hémato-néphrose. La partie inférieure du bassinet est remplie d'une tumeur papillaire avec des polypes à l'origine supérieure de l'uretère.

Histologiquement bénins, sans atypie cellulaire.

Non suivi.

III. — **Polypes du bassinet récidivés.**

Obs. XIII (*Inédite*) [Civiale]. — Due à l'obligeance du Dr Nora.

M. D..., cinquante ans, mécanicien, entre salle Civiale, le 2 mai 1928, pour une hématurie totale, abondante, avec caillots, durant depuis six semaines environ, sauf pendant trois à quatre courtes périodes de deux à trois jours. Pendant ces périodes d'arrêt, les urines auraient été parfaitement limpides.

Depuis le début de l'hématurie, douleur lombaire gauche, sans paroxysmes, mais continue.

Pas de phénomènes vésicaux.

Pas de fièvre.

Bon état général, léger amaigrissement.

A l'examen. — Les urines sont franchement hémorragiques.

Palpation rénale douloureuse à gauche. Les reins ne sont pas perçus.

A la *cystoscopie*, éjaculation nettement sanglante à gauche.

L'exploration fonctionnelle montre une grosse déficience du rein gauche.

En soixante-dix minutes :

	R. D.	R. G.
Volume, en c.c	92	»
Urée concentration	11,89	quelques gouttes.
Urée débit	1,09	»
Epreuve phtaléine p. 100.	52	»

Radiographie. — Rien de particulier, les ombres rénales sont difficilement visibles. On porte le diagnostic de cancer du rein gauche.

Opération le 12 mai 1928 (MM. Bouillié et Nora).

Lombotomie gauche, résection de la 12e côte; le rein est haut situé, facilement libéré et extériorisé. Il est de volume normal, de consistance ferme et homogène, le diagnostic de néoplasme ne semble pas évident.

On explore le bassinet : il est très dilaté, d'aspect violacé, épaissi, il semble contenir une tumeur mollasse ; cette dilatation se poursuit sur les deux premiers centimètres de l'uretère. On porte alors le diagnostic de polype du bassinet, et, après ligature du pédicule rénal, on pratique une néphrectomie avec urétérectomie subtotale.

L'uretère est suivi jusqu'au petit bassin, les trois ou quatre derniers centimètres sont abandonnés.

Fermeture en 3 plans. Drainage.

Pièce. — L'ouverture du rein montre deux polypes frangés du volume d'une petite noix, implantés à la partie inférieure du bassinet dilaté (planche I).

Deux petites greffes occupent la partie supérieure de l'uretère.

L'examen microscopique (Mlle Kogan) montre qu'il s'agit d'un polype en voie de transformation maligne très nette, véritable épithélioma papillaire du bassinet.

Suites opératoires normales, apyrétiques.

Sortie du malade au vingtième jour.

Le malade revient le 10 septembre 1928 (quatre mois après l'opération) parce qu'il a uriné un peu de sang dans les jours qui ont précédé. Aucune réaction vésicale.

Depuis son opération, il a repris du poids; son état est très satisfaisant.

La *cystoscopie* montre un polype de l'extrémité inférieure de l'uretère gauche, accouché par l'orifice. Il est du volume d'une grosse noisette, mamelonné, non frangé, d'aspect lisse (fig. 2).

Destruction de ce polype par électro-coagulation. La sonde est poussée à l'intérieur du segment d'uretère restant, dont on fulgure toute la longueur.

Le malade sort quelques jours après. Il revient en décembre pour de nouvelles hématuries. La cystoscopie décèle une autre greffe implantée sur une des lèvres de l'orifice urétéral gauche, et le malade est hospitalisé de nouveau en janvier 1929.

Nouvelle intervention le 30 janvier 1929 (M. Marion).

Premier temps. — Taille vésicale large. Incision circulaire de la vessie autour de l'orifice urétéral gauche. Libération de l'uretère qui est lié et repoussé dans le petit bassin. Tamponnement de la plaie vésicale et drainage par tube de Marion, après fermeture partielle de la vessie.

Deuxième temps. — Incision iliaque. Recherche de l'uretère, qui est disséqué et libéré jusqu'à son extrémité supérieure. Drainage de la plaie.

Examen de la pièce. — Plusieurs petits polypes sont implantés à la partie inférieure du moignon urétéral enlevé, leur structure histologique est celle du polype primitif, papillome en voie de transformation maligne.

Le malade est sorti le 8 mars, guéri, avec un état général très satisfaisant.

Revu le 30 *octobre* 1929, c'est-à-dire neuf mois après l'urétérectomie secondaire.

Très bon état général.

Urines claires.

Cystoscopie. — Vessie normale ; aspect cicatriciel au niveau de la partie latérale gauche, où a porté la résection.

Obs. XIV (*Inédite*). — Communiquée par M. le Dr Marion.

M. L... vient consulter pour des hématuries existant depuis trois ou quatre mois environ. Le sang vient du rein gauche.

Une division d'urines et le résultat de l'examen montrent de la façon la plus évidente qu'il s'agit d'une tumeur du rein gauche.

Le malade est *opéré* dans la clinique des Frères Saint-Jean-de-Dieu le 2 avril 1928. M. Marion enlève un rein assez régulier, un peu augmenté de volume et trouve dans ce rein un papillome du volume d'un abricot implanté à la partie moyenne du bassinet, n'envahissant pas les calices (polype peu frangé, à pédicule assez mince, situé au-dessus de l'abouchement de l'uretère).

Examen histologique (Kogan). — Papillome en voie de transformation maligne.

En effet, le malade reste guéri pendant un an, puis est repris d'hématurie en 1929. M. Marion constate à la cystoscopie un polype vésical au voisinage de l'orifice urétéral gauche.

Urétérectomie le 12 mars 1929.

1° Taille vésicale large : deux polypes, dont un qui sort par l'orifice de l'uretère gauche, section et fulguration.

Section circulaire de la paroi vésicale permettant le dégagement de l'uretère qui est repoussé vers la fosse iliaque. Fermeture partielle de la brèche vésicale ; tamponnement.

Fermeture de la vessie, qui reste drainée par un tube de Marion.

2° *Par incision iliaque et lombaire.* — Découverte de l'uretère, qui est du calibre du pouce ; gros cordon élastique et mou par endroits, sans périurétérite, sauf au niveau de son extrémité supérieure, qui est très adhérente au tissu de cicatrice de la néphrectomie primitive.

Drainage de la plaie.

Pièce. — Uretère très dilaté, laissant écouler à la coupe un liquide rougeâtre épais, contenant de multiples débris papillomateux. Papillomatose diffuse, mais discrète, peu saillante.

Quelques polypes du volume d'un petit pois dans le bout inférieur seulement.

Histologiquement. — Papillomatose sans transformation néoplasique. Le malade reste guéri et actuellement se porte aussi bien que possible.

Obs. XV (*Inédite*). — Communiquée par M. le Dr Marion.

Mme V..., amenée par le Dr Stini (de Nice) présente des hématuries provenant du rein droit. A Nice tous les examens ont été pratiqués et une pyélographie en particulier montre une suppression totale des calices inférieurs. Devant cette constatation le diagnostic de tumeur s'imposait et on pratique la *néphrectomie* le 6 juin 1928 (M. Marion).

Dans le rein se trouve un polype envahissant tout le bassinet et remplissant plusieurs calices.

Histologiquement : Polype en voie de transformation maligne. Guérison de la malade.

Huit mois après la malade est reprise d'hématuries. Elle revient de Chypre et M. Marion constate à la cystoscopie un polype vésical. Il conseille la suppression de ce polype et de l'uretère.

Deuxième intervention le 11 février 1929.

Ablation de l'uretère par la voie iliaque et, dans la même séance, destruction du polype vésical par fulguration, celui-ci étant d'un volume permettant facilement cette fulguration.

Pièce : L'uretère ne présente aucune trace de polype.

La malade guérit sans incident.

Obs. XVI (*Inédite*). — Communiquée par M. le Dr Marion.

M. S... (de Marseille) a été pris de douleurs extrêmement violentes dans la région lombaire, et on a constaté à la palpation une volumineuse tumeur présentant tous les caractères d'une tumeur rénale gauche.

Les examens pratiqués ont montré qu'il s'agissait d'une volumineuse hydronéphrose et la radiographie permettait même de déceler quelques petits calculs existant dans cette poche.

A Marseille, *intervention* (M. Marion), en novembre 1925.

Extraction d'une très grosse poche d'hydronéphrose.

Pièce : A l'ouverture de la poche rénale, on y trouve quelques calculs et surtout trois ou quatre petits papillomes développés sur la paroi de l'hydronéphrose. Il n'existe en aucun point de substance rénale reconnaissable, la poche est uniquement constituée d'une paroi très mince.

Suites opératoires normales, mais le malade conserve une petite fistulette à l'endroit du rein, qui ne guérit complètement qu'en cinq ou six mois.

Un an et demi après, alors que le malade semble en parfaite santé, survient une hématurie. La cystoscopie montre qu'il existe un petit polype au niveau de l'orifice urétéral du côté opéré, et M. Marion conseille la suppression de l'uretère.

Seconde intervention le 11 mai 1927 (M. Marion) à la clinique de la rue de la Chaise. Taille vésicale, résection du polype situé sur l'orifice urétéral, dégagement de l'uretère.

Fermeture de la vessie.

Extirpation de l'uretère par incision lombo-iliaque.

Pièce : Dans le 1/3 inférieur du cordon urétéral, papillomatose diffuse, mais surtout une masse frangée du volume d'une noisette semble obturer complètement l'orifice urétéral.

Dans le 1/3 supérieur et moyen, de nombreuses petites masses papillomateuses, du volume d'une épingle à une petite noisette.

Examen histologique (Kogan) : Certaines franges du polype ont strictement les caractères du papillome pur.

D'autres indiquent nettement la transformation épithéliomateuse au début.

Le malade reste parfaitement guéri pendant deux ans, puis à ce moment surviennent des douleurs violentes dans la région thoracique inférieure gauche, dont l'origine semble au début assez douteuse.

L'existence d'un épanchement pleural séro-sanglant, reconnu par la suite, ne laisse aucun doute sur une généralisation maligne probablement pulmonaire.

Obs. XVII (*Inédite*). — Communiquée par M. le Dr Marion.

Mme A..., soixante-six ans, présente des hématuries depuis janvier 1923. Celles-ci n'ont pas attiré immédiatement l'attention et la malade, n'ayant aucune douleur, ne les a pas signalées à son médecin.

En juin, ces hématuries étant revenues un peu plus abondantes, elle s'en inquiète.

Une cystoscopie pratiquée à ce moment ne montre aucune lésion vésicale pouvant expliquer l'hématurie.

En octobre, nouvelle hématurie, et, quand la malade arrive pour une cystoscopie, arrêt de l'hématurie.

Ce n'est qu'à la quatrième cystoscopie que l'on put voir sourdre le sang de l'uretère gauche. A ce moment, la division d'urine fut pratiquée, constatant une très légère diminution fonctionnelle du rein gauche. Malgré cela, étant donné l'âge de la malade, l'intervention conseillée est acceptée. Le 24 octobre, *néphrectomie facile*, malgré l'obésité de la malade qui supporte l'opération.

Pièce : Le rein, à la coupe, présente trois polypes localisés au bassinet, envahissant sa partie moyenne, ainsi que le calice moyen respectant les calices inférieur et supérieur.

Examen microscopique (Kogan) : La structure papillomateuse est conservée. Il existe de nombreuses monstruosités cellulaires avec bouleversement architectural des couches épithéliales formant la villosité. Pas d'envahissement du pédicule d'implantation. Il s'agit donc d'un polype du bassinet, en voie de transformation maligne.

La malade guérit et reprend sa vie normale. En février 1924, c'est-à-dire trois mois après son opération, la malade est reprise d'hématuries, et à la cystoscopie M. Marion constate un volumineux polype situé au niveau de l'orifice urétéral gauche, il est détruit complètement par fulguration quelques jours plus tard.

Mais, un mois après, nouvelle hématurie et la cystoscopie révèle cette fois un envahissement de la vessie par une multitude de polypes.

Devant cette éclosion de polypes, M. Marion n'ose conseiller une opération radicale, étant donné l'âge et l'obésité de la malade, et fait pratiquer une application de radium pour arrêter l'hémorragie. Il conseille en même temps un traitement radiothérapique.

Malgré tout les hémorragies se renouvellent, des douleurs apparaissent bientôt et la malade meurt dans le courant de juillet. Il est bien évident que ces polypes, tout d'abord papillomes, ont dégénéré rapidement et qu'il s'agit de cancer.

Obs. XVIII (*Inédite*). — Civiale.

M. Gu..., soixante-cinq ans, entre à Civiale le 15 mars 1923 pour une hématurie qui dure depuis six semaines, sans douleurs, sans phénomènes vésicaux.

La *cystoscopie* montre que le sang vient du rein gauche.

A la *radiographie*, ombre rénale gauche nettement augmentée de volume.

Cathétérisme bilatéral, le 17 mars.

Examen histo-bactériologique :

R. D.	R. G.
Sang.	Hématies.
Cellules.	Quelques globules de pus.
Urate de soude.	Cellules épithéliales.

Examen fonctionnel (en soixante-dix minutes).

	R. D. sonde vésicale	R. G.
Volume p. 100	59	134
Urée concentration	17,9	5,25
Urée débit	1,06	0,70
Chlorures concentration	5,25	2,34
Chlorure débit	0,34	0,31
P.-s.-phtaléine p. 100	30	19

La déficience fonctionnelle du rein gauche est donc très nette. On porte le diagnostic de tumeur probable du rein gauche.

Intervention le 21 mars 1923. *Néphrectomie gauche*. Le rein est augmenté de volume. A la partie supérieure du bassinet on trouve une tumeur molle, d'aspect placentaire, de dimension d'une mandarine très finement granuleuse.

L'examen histologique (Kogan) démontre les caractères d'un polype banal sans transformation maligne.

Le malade revient neuf mois après, pour hématurie. La *cystoscopie* montre que le sang vient bien de l'uretère laissé en place, à l'orifice duquel on voit une toute petite frange polypeuse.

Nouvelle intervention le 19 décembre 1923.

1° Taille vésicale élargie. Dissection de l'orifice urétéral gauche. Ligature de l'uretère qui est refoulé dans l'espace périvésical. Fermeture et drainage de la vessie.

Fermeture de la brèche vésicale en un plan au niveau de la résection de l'uretère.

2° Lombotomie sur l'ancienne cicatrice. Refoulement du péritoine. Isolement facile de l'uretère qui est enlevé en entier.

A la coupe de l'uretère, on trouve trois polypes dans sa lumière.

L'examen histologique manque. Le malade n'a pas été revu ensuite, il est décédé six mois après sans qu'on ait pu savoir s'il présentait de nouvelles récidives locales.

Obs. XIX (*Inédite*). — Due à l'obligeance du Dr Michon.

M. Ernest L..., entre le 24 juin 1924 pour hématurie totale importante avec caillots. La cystoscopie montre que la vessie ne contient ni calcul ni tumeur. Les 2 méats urétéraux sont indemnes.

Cathétérisme urétéral bilatéral : Pas de rétention pyélique.

Examen fonctionnel : Déficience très nette du rein gauche.

	R. D.	R. G.
Première série :		
Volume en une heure, en c.c.	54	52
Urée par litre	9,5	2,5
Urée débit	0,513	0,130

	R. D.	R. G.
Deuxième série :		
Volume en une heure, en c.c.	60	40
Urée au litre	8	3
Urée en une heure	0,480	0,120
Constante	0,228	»
Urée sanguine, en gr	0,32	»

On attend un peu l'amélioration de cette constante.

Le 16 juin :

K	0,122
Urée sanguine, en gr	0,20

Opération le 25 juin 1924.

Néphrectomie gauche ; rein volumineux, facilement extériorisé. Bassinet très dilaté, on est en présence d'une uro-hématonéphrose importante.

Bassinet incisé. Tumeur du volume d'un œuf, à large implantation. Parenchyme rénal non envahi par la tumeur.

L'uretère, sectionné dans sa portion lombaire, est d'apparence normale. Le reste de l'uretère est donc laissé en place.

Examen histologique : Epithélioma papillaire.

Suites opératoires : normales.

Le malade sort cicatrisé le 19 juillet 1924.

Revient le 23 mai 1925 (dix mois après) pour récidive de l'hématurie.

Cystoscopie : Orifice urétéral droit normal.

Orifice urétéral gauche masqué par une masse volumineuse allant jusqu'au col, non villeuse mais mamelonnée. K = 0,115.

Intervention : Longue incision lombo-iliaque. Libération facile du bout supérieur de l'uretère, continuée dans la fosse iliaque et le petit bassin jusqu'à la corne vésicale. On arrive (avec difficulté) à réséquer cette corne vésicale et la tumeur qui s'y implante.

Large drainage du petit bassin et de la fosse iliaque.

Examen de la pièce. L'uretère est envahi dans sa portion lombaire et iliaque, dilaté dans ses 7 centimètres inférieurs et la masse néoplasique vésicale est la continuation de cet envahissement urétéral. Mais la paroi vésicale est infiltrée par le néoplasme, et il ne s'agit pas d'un bourgeon pédiculé faisant saillie par le méat urétéral dans la vessie. L'anatomie pathologique manque. Le malade est sorti de l'hôpital le 1er août 1925, six semaines après, cicatrisation lente. Revient le 6 février 1926 et sort de nouveau le 9 mars (probablement pour récidive des hématuries).

Retour le 15 novembre 1926.

Mort le 19 décembre 1926 pour récidive locale vésicale et pelvienne et cachexie progressive.

Obs. XX. — M. Marion (*Journal d'Urologie*, septembre 1922)

M. G..., quarante-cinq ans, est opéré en 1918 à Lille par le professeur Carlier : néphrectomie gauche pour hématuries répétées ; on trouve des

polypes multiples du bassinet. Après l'opération le professeur Carlier prévient le malade qu'il faudra peut-être plus tard enlever l'uretère parce qu'il a constaté quelques polypes dans la partie supérieure. S'il ne l'avait pas enlevé immédiatement, c'était pour ne pas prolonger l'opération.

En 1918, des hématuries reparaissent qui trouvent leur explication dans des polypes vésicaux que M. Carlier supprime par la taille; plusieurs polypes existaient, paraît-il, au niveau de l'uretère gauche.

En 1919, nouvelles hématuries; à la cystoscopie, nouveaux polypes vésicaux. C'est à ce moment que le professeur Carlier adresse le malade au professeur Marion afin qu'il détruise les polypes par les voies naturelles. Depuis avril 1919 jusqu'en mars 1922, de nouvelles greffes vésicales situées tantôt à droite, tantôt à gauche, ont été fulgurées à différentes reprises, ainsi que la partie inférieure du conduit urétéral Trois mois après le Dr Marion retrouve, au niveau de l'orifice urétéral gauche, un assez gros polype, qui ne s'est certainement pas développé en trois mois mais qui, formé dans l'uretère, a dû brusquement forcer la barrière cicatricielle créée à l'orifice urétéral par la fulguration du conduit.

Il conseille alors au malade de se faire enlever l'uretère, cause de ses réinoculations constantes.

Intervention le 17 juillet 1922 (M. Marion).

1° Excision de l'orifice urétéral par taille vésicale et libération de la partie pelvienne basse du conduit.

2° Incision iliaque et ablation de l'uretère en entier.

L'uretère, avant son ouverture, apparaît augmenté régulièrement de volume sur toute sa longueur. Son diamètre, suivant les points, est celui du pouce ou du médius. La consistance de ce cylindre est molle. A l'ouverture, on constate que de haut en bas l'uretère est tapissé de bourgeons confluents, ne laissant entre eux aucun intervalle de paroi urétérale saine.

Examen histologique, pratiqué par M. Kogan, montre qu'il s'agit de petits papillomes bien caractérisés, les franges forment d'innombrables petits polypes recouvrant toute la surface urétérale.

Obs. XXI. — M. Marion (*Bull. et mém. Assoc. d'Urologie*, 1923).

M. B..., quarante-quatre ans, a présenté trois hématuries en six mois; il entre salle Civiale en juillet 1921.

Les urines sont troubles. La palpation rénale négative.

Néphrectomie gauche le 6 juillet 1921 avec urétérectomie partielle.

Rein volumineux. Polypes du bassinet ayant oblitéré l'uretère, petits polypes de l'uretère.

Un an après, nouvelle hématurie.

A la *cystoscopie*, polypes de la vessie.

Le 25 novembre 1922 : Ablation par taille d'un très gros polype pédiculé, implanté largement près de l'orifice urétéral droit, et d'un petit polype adjacent.

Microscopiquement : Début de transformation maligne.

Six mois après une cystoscopie de contrôle montre de nouveaux polypes vésicaux.

Le 12 mai : *Urétérectomie.*

a) Taille vésicale, fulguration de nombreux petits polypes, l'orifice urétéral gauche ne peut être trouvé.

b) L'uretère est cherché dans l'espace latéro-vésical et trouvé gros comme le pouce.

c) Excision de la vessie dans la zone urétérale gauche : la plaie est fermée au catgut et la vessie fermée partiellement.

d) Incision latérale oblique pour découverte de l'uretère iliaque qui est dégagé jusqu'à son extrémité supérieure très adhérente.

A la *coupe* : Papillomatose de la moitié inférieure de l'uretère.

Examen histologique : Papillomes en voie de transformation maligne.

Obs. XXII. — Scholl, 1917.

Néphrectomie et urétérectomie partielle gauche.

Un an après : ablation par taille d'un polype vésical avec l'orifice urétéral.

Le malade est mort quatre ans après ; de multiples greffes vésicales avaient été traitées par la fulguration et le radium.

Obs. XXIII. — Scholl, 1919.

Homme, quarante-neuf ans. Hématurie venant du rein gauche.

Néphrectomie avec ablation de 10 centimètres d'uretère dilaté, rempli de caillots.

Première récidive : Douze mois après, fulguration de deux papillomes vésicaux.

Seconde récidive : Huit mois après, on trouve un polype de l'orifice urétéral gauche.

L'urétérectomie totale fut pratiquée à ce moment, dix-huit mois après la néphrectomie.

Troisième récidive : Quatre mois après, une greffe sur la paroi vésicale latérale gauche. Plusieurs applications de radium et fulgurations furent pratiquées ultérieurement.

Histologiquement : Il s'agissait de papillome en voie de transformation épithéliomateuse.

Obs. XXIV. — Scholl, 1919.

Homme, trente-six ans. Hématuries depuis deux ans. Fulguration d'un petit polype de l'orifice urétéral gauche.

Néphrectomie gauche et urétérectomie partielle; on trouve le bassinet rempli d'un papillome malin et on enlève le bout inférieur de l'uretère le même jour. Nouvelles récidives vésicales huit mois après : ablation d'un polype par taille. Application de radium. Il s'agit d'un polype en voie de transformation maligne.

Obs. XXV. — Scholl, 1920.

Homme, quarante-cinq ans. Hématuries depuis quatre ans. Ablation de polypes vésicaux par taille. Deux mois après, récidives : néphrectomie et urétérectomie gauche. Mort neuf mois après.

L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'épithélioma papillaire de même type histologique sur les trois organes.

Obs. XXVI. — Mac Cown, 1920 (*Journ. of American Medic. Assoc.*).

Femme, cinquante-huit ans. Hématuries récidivantes.

Cystoscopie : Papillome de l'orifice urétéral droit; destruction. Histologiquement bénin.

Ultérieurement, néphrectomie droite avec urétérectomie partielle : il s'agit d'un papillome du bassinet sans extension profonde. L'uretère semble normal.

Récidive trois mois après : hématuries ; nouveau polype de l'orifice urétéral droit fulguré.

Urétérectomie totale secondaire, un an et demi après la première opération : uretère rempli de masses papillomateuses. Histologiquement bénignes.

Obs. XXVII. — Scholl, 1922.

Homme, quarante-huit ans. Hématuries. Polypes de vessie récidivants.

Néphrectomie et urétérectomie partielle. Il s'agissait de papillomes malins du bassinet et de l'uretère.

Urétérectomie totale cinq mois après, avec résection de la corne vésicale ; papillomes malins dans l'uretère.

Obs. XXVIII. — Kraft, 1922 (*Zeitschrif. f. Urol.*).

Homme, trente-six ans. On pose le diagnostic de tumeur probable du rein droit en raison des hématuries venant du côté droit, des douleurs, de la déficience fonctionnelle du rein droit.

Au cours de la néphrectomie on sent dans le bassinet une tumeur molle, l'uretère paraît intact. Il s'agissait d'un gros polype remplissant le calice inférieur, dont l'examen microscopique montre la bénignité.

Deux ans après, on trouve dans l'urine de nombreuses cellules épithéliales et la cystoscopie montre un petit polype du volume d'une noisette implanté sur l'orifice urétéral droit.

Urétérectomie totale : Par voie iliaque, après fulguration du polype vésical. L'uretère enlevé, très épaissi, rénitent, est tapissé de nombreux papillomes, surtout daus son tiers moyen. Les caractères histologiques sont ceux de la tumeur primitive : papillome typique.

Obs. XXIX. — Brütt, 1922 (*Zeit. Urol. Chir.*).

Homme, cinquante-quatre ans. Hématurie rénale droite depuis neuf mois.

Diagnostic : tumeur du rein droit.

Néphrectomie : l'uretère paraît normal.

Pièce : Hématonéphrose avec un gros polype frangé, implanté sur le bassinet, bouchant presque l'orifice de l'uretère. Histologiquement bénin.

Récidive, deux ans après : hématuries répétées, grosse anémie, douleurs lombaires droites, avec cordon urétéral perceptible.

Cystoscopie : Polype vésical implanté sur l'orifice urétéral droit.

Urétérectomie totale : Papillomatose diffuse, histologiquement bénigne comme la tumeur primitive.

Obs. XXX. — Stevens, 1923.

Homme, soixante-dix ans. Traité pour polypes vésicaux, depuis plusieurs années.

Néphrectomie : Papillome bénin du bassinet du volume d'une noix, uretère d'aspect normal.

Récidives multiples vésicales et urétérales.

Fulguration d'un polype orificiel, puis de nouvelles greffes vésicales. A subi en plusieurs années sept fulgurations et six applications de radium. L'auteur regrette que l'urétérectomie totale n'ait pas été pratiquée.

Obs. XXXI. — Ettore (*Il Policlinico*, 1924).

Femme, soixante-trois ans. Hématurie rénale. Diagnostic : cancer du rein. Néphrectomie droite. Un polype du volume d'une noix à pédicule mince implanté dans le bassinet.

Histologiquement suspect de transformation maligne.

Récidive un an après : hématurie, polype frangé de l'orifice urétéral droit.

Urétérectomie totale : Papillomatose du tiers inférieur. Les greffes papillomateuses sont nettement en voie de transformation néoplasique.

Obs. XXXII. — Hryntschak-Blum, 1925.

Hématurie depuis deux ans et demi. Tumeur rénale gauche.

Néphrectomie (hématonéphrose avec gros papillome pyélique; uretère normal). Histologiquement : papillome bénin.

Récidive. Cinq ans après : nouvelles hématuries. Fulguration d'un polype sortant par l'orifice urétéral gauche. Nouvelle hématurie un an après.

Urétérectomie totale (uretère épaissi rempli de masses papillomateuses).

Obs. XXXIII. — Smith Gilbert, 1925.

Femme, soixante-un ans. Hématurie et douleurs lombaires.

Cystoscopie : papillomes vésicaux multiples, un polype sort de l'orifice urétéral droit.

Néphrectomie : papillome malin du bassinet avec début d'extension au parenchyme rénal.

Six mois après, récidive des hématuries.

Urétérectomie avec résection de la corne vésicale (uretère épaissi rempli de papillomes), papillomes bénins?

Obs. XXXIV. — Bissel (*Surg. Gyn. Obst.*, mars 1925).

Femme de trente-un ans. Hématurie très importante, une transfusion du sang a dû être pratiquée avant l'intervention.

Néphrectomie droite le 9 mai 1923, avec ablation de 5 centimètres d'uretère. Polype du bassinet.

Récidive de l'hématurie huit mois après. La cystoscopie montre une masse papillomateuse encerclant complètement l'orifice de l'uretère droit. Cathétérisme impossible.

Urétérectomie totale par voie transpéritonéale avec ablation de la corne vésicale.

Obs. XXXV. — Stricker, 1926 (*Archiv. f. Klin. Chir.*).

Malade, quarante-neuf ans. Hématuries répétées depuis un an. Rien à la cystoscopie. Intervention, le rein apparaît normal, une néphrotomie est pratiquée, ne donne aucun résultat, l'exploration au doigt du bassinet est négative. L'issue d'un petit fragment de tumeur décide seule la néphrectomie : tumeur papillomateuse du bassinet, dont l'histologie démontre la bénignité.

Récidive six mois après. Hématurie, papillome de l'orifice urétéral gauche fulguré.

Urétérectomie décidée à la suite de nouvelles greffes urétéro-vésicales. L'uretère est gros comme le pouce, adhérent au péritoine, on enlève en même temps la corne vésicale. Il s'agit ici d'une véritable papillomatose diffuse de l'uretère, histologiquement bénigne, comme le polype primitif du bassinet.

Obs. XXXVI. — Haslinger (Vienne, 1926).

Femme, soixante-dix ans. Hématurie rénale droite.

Néphrectomie malgré l'aspect extérieur normal du rein, un papillome bénin typique implanté dans un calice.

Récidive cinq mois après : nouvelles hématuries; on sent dans le flanc droit un gros cordon dur qui répond à l'uretère et on voit dans la vessie une tumeur à grosses franges ulcérées siégeant près de l'orifice urétéral droit.

Urétérectomie totale d'un uretère double, avec résection de la corne vésicale droite. Les deux conduits sont dilatés, remplis d'un liquide sanglant, épais ; leur abouchement vésical est comblé par la tumeur villeuse.

Obs. XXXVII. — Dozsa, 1925.

Homme, trente-huit ans. Hématurie rénale droite depuis deux ans.

Cystoscopie : un papillome, volume lentille à l'orifice urétéral droit.

Pyélographie. Calice supérieur seul injecté, dilaté. Disparition des calices moyen et inférieur.

Déficience rénale droite.

Diagnotic posé : tumeur papillomateuse du bassinet.

Intervention : 1er juillet 1925. Néphrectomie.

Pièce : gros rein. Bassinet complètement rempli par une tumeur papillaire sous tension, à large base d'implantation, mais ne semblant nulle part envahir le parenchyme rénal. Calices remplis par les villosités. Uretère d'aspect normal.

Histologiquement : Les premières coupes examinées donnent l'aspect de papillome bénin typique, mais en certains points il semble y avoir irrégularité des cellules de revêtement. D'autres examens ont prouvé la malignité certaine.

Guérison après fulguration du polype de l'orifice urétéral; trois mois puis six mois après, cystoscopie de contrôle.

Nouvelle fulguration d'un papillome orificiel droit. Depuis, c'est-à-dire un an après, plus de récidive.

CONCLUSIONS

1° Le diagnostic des polypes du bassinet est extrêmement difficile, car ses manifestations cliniques se confondent avec celles des tumeurs du rein.

Seule la pyélographie, lorsqu'elle montre des déformations du bassinet ou des calices, si elle est en rapport avec les données cliniques, peut nous être d'un précieux secours pour essayer de diagnostiquer le polype du bassinet avant l'intervention.

2° Les polypes du bassinet, quelle que soit leur variété histologique (papillome bénin ou épithélioma papillaire), doivent être considérés comme des tumeurs malignes, de par leur évolution clinique et pour deux raisons :

a) La fréquence des greffes à distance, dans l'uretère ou la vessie, comme le démontrent nos observations, greffes qui nécessitent l'ablation secondaire de l'uretère ;

b) Leur transformation maligne possible et qu'il faut toujours soupçonner malgré les examens histologiques qui peuvent être en défaut.

3° Leur pronostic doit donc toujours être réservé, le polype du bassinet le plus bénin pouvant par ses complications ultérieures évoluer comme un cancer.

4° Il faut donc instituer un traitement logique : en même temps que la néphrectomie, pratiquer l'ablation complète de l'uretère chaque fois que l'état général du malade le permet.

L'urétérectomie secondaire a ses indications précises.

Les récidives vésicales seront traitées par taille ou électro-coagulation.

Diagnostic précoce et opération complète peuvent seuls permettre d'obtenir des guérisons durables et définitives.

BIBLIOGRAPHIE

Abbott : Epithélioma papillaire du bassinet. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 3 mai 1924.

Albarran : *Médecine opératoire des voies urinaires.*

Albarran : Néoplasmes primitifs du bassinet et de l'uretère. *Annales des mal. des organes génito-urinaires*, 1900.

Albarran : Les tumeurs papillaires du bassinet et de l'uretère. *Revue gén. de clin. et thérapeut.*, 1908, p. 562.

Albarran et Imbert : *Les tumeurs du rein.* 1904.

Allemann : Papilloma of renal pelvis. *Beitrage zur klin. chirurgie*, 1927, p. 599.

Angle : Epithélioma papillaire du bassinet. *Surgery Gyn. Obst.*, n° 6, juin 1924.

Ashner : *Proc. of the New York path. soc.*, 1921.

Bazy : Papillome du bassinet. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, t. XXII, 1906.

Bissel : Renal papillomata and ureteral implants.
Their surgical Treatment. *Tr. amer Gynec. soc.*, 1924.

Blum : Sur le cancer du bassinet. *Zeits. f. Urol.*, t. III, f. 6, 1909.

Boeckel : Epithélioma papillaire végétant du bassinet. *Journ. d'Urol.*, n° 1, janvier 1925.

Braasch : Papillary epithelioma of renal pelvis. *Minnesota med.*, Saint-Paul, 1922, p. 438.

Bromberg : Papillary epithelioma of kidney pelvis. *South. med. Journ.*, 1926, p. 550.

Brutt : Nouvelle contribution à l'étude des tumeurs de l'uretère et du bassinet. *Zeit. f. Urol. chir.*, 12 juillet 1922.

Carcourt : Tumeur enkystée du bassinet. *Soc. franç. d'Urol.*, 12 mai 1914, in *Journ. d'Urol*, n° 6, juin 1924.

Chapplain : Etude des papillomes de l'uretère. *Thèse Paris*, 1923.

M. Cown : Papillome du bassinet. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, n° 12, 1920, p. 1191.

Darnall : Papillome malin du rein. *Surg. Gyn. Obst.*, octobre 1922.

Day, Fairchild et Martin : Sur le diagnostic et le traitement des papillomes primitifs du bassinet et de l'uretère. *Surg. Gyn. Obst.*, n° 4, avril 1925.

Derewenko : Contribution à l'étude des néoformations papillaires du bassinet et de l'uretère. Résumé in *Journ. de chirurgie*, t. I, 1909.

Dodson : Diagnosis of tumors of kidney pelvis. *Amer. Journ. Rœntgen*, avril 1928.

Dozsa : Tumeurs du bassinet et de l'uretère. *Zeits. f. Urol. Chir.*, t. XXII, 6 avril 1927.

Eggers et Felsen : Papillary epithelioma of kidney pelvis. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 1924.

Endelmann : Sur les papillomes du bassinet. *Polski Przeglad Chirurg.*, Varsovie, 1927.

Escat et Fiolle : Un cas de papillome du bassinet. *Marseille méd.*, t. XLVII, n° 9, mai 1910.

Ettore : Papillomatose urétérale. *Il Policlinico*, 15 janvier 1924.

Fiolle : Les néoplasmes du bassinet et de l'uretère. *Gazette des hôp.*, 17 décembre 1910.

M. Glannan : Cancer du bassinet. *Annals of Surgery*, n° 3, 1921.

Godard et Gautier : Volumineux papillome du bassinet, in *Journ. d'Urol.*, n° 6, juin 1924.

Graeuwe (de) : Papillome du bassinet. *Annales de la Soc. belge de chir.*, n° 4, avril 1919.

Grauhan : Contribution anatomique et clinique aux formations épithéliales du bassinet. *Deutsche Zeits. f. chir.*, septembre 1922, p. 152.

Guinsbourg : Tumeurs épithéliales du bassinet. *Thèse Montpellier*, 1914.

Hadfield : Malignant papilloma of renal pelvis. *British. Journ. of Surgery*, 1923-1924, p. 583.

Haslinger : Les papillomes du bassinet. *Zeits. f. Urol. chir.*, 1926. Résumé in *Journ. de Chir.*, 1927, p. 367.

Hirschberg : Die primären papillare Carcinome des Nierenbeckens. *Thèse Berlin*, 1914.

Hryntschak : Uber Nierenbeckenapillome. *Zeit. f. Urol.*, 1920.

Hryntschak-Blum : *Zeits. f. Urol. Chir.*, 1925.

Hunt : Papillary epithelioma of renal pelvis. *Journ. of Urol.*, septembre 1927.

Israel : Tumeur villeuse du bassinet et de l'uretère. *Berliner klin. Woch.*, 1901.

Jacobsohn : Papillomes du bassinet. *Zeits. f. Urol.*, 3 mars 1924.

Jeanbrau et Etienne : Epithéliome papillaire du bassinet. *Journ. d'Urol.*, 15 août 1912.

Jones et Caroll : Epithélioma papillaire du bassinet. *Annals of Surgery*, n° 4, octobre 1924.

Judd : Papillary tumors of the pelvis of the kidney. *Lancet*, 1919.

V. Keerberghen : Tumeurs du bassinet. *Journ. belge d'Urol.*, février 1929.

Key : Papillome du bassinet. *Acta chirurgica scandinavica*, juillet 1923, p. 95.

Keynes : Papillome du bassinet diagnostiqué par la pyélographie. *The British Journ. of Surgery*, n° 54, octobre 1926.

Kraft : Papillomes de l'uretère primitifs et secondaires. *Zeit. f. Urol.*, 1922, p. 385.

Kreutzmann : Papillomes de l'uretère chez la femme. *Surg. Gyn. Obst.*, n° 5, avril 1924.

Lecène et Wolfromm : Cancer des voies urinaires.

Lecène et Leriche : Thérapeutique chirurgicale.

Le Dentu et Albarran : Papillomes de l'uretère. *Bull. Acad. de méd. de Paris*, 1899.

Legueu : Papillome du bassinet. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 24 février 1909.

Legueu : Cancer papillaire du bassinet. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, n° 37, 21 décembre 1909,

Legueu : Tumeurs du bassinet et de l'uretère. *Traité d'Urologie*, 1910.

Legueu : Diagnostic des tumeurs du rein par la pyélographie. *Bull. de la Soc. d'Urol.*, juin 1926).

Lower : Neoplasmes of the renal pelvis. *Surg. Gyn. Obst.*, n° 2, février 1914, p. 151.

Mac Alpine : Specimens of new growth of the pelvis and kidney. *Proceed. Roy. Soc. med.*, Londres, 1922-1923.

Mac Cown : Un cas de papillome du bassinet. *South. med. Journ.*, 1922, p. 841.

Mac Glannan : Carcinoma of the pelvis of the kidney. *Trans. south. surg. Assoc.*, 1920.

Marion : Tumeurs du bassinet. *Traité d'Urologie.*

Marion : De l'étincelage des papillomes de l'uretère. *Journ. d'Urol.*, n° 3, septembre 1919.

Marion : Un cas de papillomatose diffuse de l'uretère. *Journ. d'Urol.*, n° 3, septembre 1922.

Marogna : Contrib. à l'étude des papillomes du bassinet. *Il Policlinico*, n° 8, 16 août 1914.

Mathaes : Sur les tumeurs primitives du bassinet. *Deutsche Zeits. f. chir.*, f. 3, 6 septembre 1927.

Maza (de la) : Papillome urétéro-vésical et hydronéphrose. *Revue espagnole de Chir. et Urol.*, n° 2, février 1928.

Meltzer : Papillary carcinoma of the renal pelvis. *Journ. of Urol.*, 1926, p. 335

Miller et Herbst : Epithélioma papillaire du bassinet. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 1921, p. 918.

Mock : Tumeurs primitives du bassinet. *Thèse Paris*, 1912.

Mock : Une observation de tumeur du bassinet. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, n° 13, 21 octobre 1927.

Motz : Pyélographie et pyéloscopie dans le diagnostic des tumeurs du bassinet et du rein. *Arch. Urol. de la Clinique de Necker*, 1er juin 1927.

Muto : Anat. pathol. et clinique des papillomes du bassinet. *Mitt. allg. pathol. und path. anat.*, 1926.

Necker : Tumeurs papillomateuses du tractus urinaire supérieur. *Wien Med. Woch.*, 1911, p. 2394.

Negri : Tumori primitivi del bacinetto. *La Clinica chirurgica*, n° 2, février 1914.

Oraison : Epithélioma du bassinet et de l'uretère. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1920, p. 126.

Oraison : Sur un cas de tumeur épithéliale du bassinet, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. Chirurgie de Bordeaux*, 1924.

Pantaloni : Les papillomes du bassinet. *Archiv. prov. de chir.*, 1899.

Pavone : Cancer primitif du bassinet. *Tumori*, Rome, 25 juillet 1922.

Perlmann : Sur les tumeurs fibro-épithéliales du bassinet. *Deutsche Zeits. f. chir.*, 6 juillet 1926.

Perrin et Aigrot : Epithélioma du bassinet. *Lyon méd.*, n° 22, 1920.

Picot : Epithélioma papillaire du bassinet. *Journ. d'Urol.*, 15 novembre 1912.

Pieri : Pyonéphrose avec papillome du bassinet. *Marseille méd.*, 1922.

Pousson : Néphrectomie pour épithélioma du bassinet. *Gaz. des Sciences méd.*, Bordeaux, 27 août 1911.

Reschke : Papillome du bassinet. *Arch. f. klin. Chir.*, 7 avril 1924, p. 431.

Reynès : Dégénérescence maligne des papillomes des voies urinaires. *Assoc. franç. d'Urol.*, 1904.

Salleras : Epithélioma papillaire du bassinet. *La Semana med.*, 18 décembre 1924.

Scholl : Un cas de papillome du bassinet. *Zeit. f. Gyn. Urol.*, 6 juin 1911.

Scholl : Tumeurs papillomateuses du bassinet. *Surg. Gyn. Obst.*, n° 2, février 1924.

Schwarz : Un cas de papillome du bassinet exceptionnel au point de vue diagnostique et clinique. *Zeit. f. Urol.*, 5 mai 1918.

Sitsen : Contribution à l'étude des papillomes du bassinet. *Nederland. Tijds. von Geneeskunde*, 23 juillet 1910.

Smith et Gilbert Malignant : Papilloma of kidney pelvis. *Trans. of Amer. Assoc.*, Baltimore, 1924.

Spiess : Tumeurs épithéliales primitives du bassinet et de l'uretère *Zeit. f. allg. pathol. und pathol. anat.*, t. XXVI, 1915.

Steinhall : Les tumeurs végétantes du bassinet. *Munch. med. Woch.*, 5 septembre 1924.

Stevens : Tumeurs du bassinet. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 1920.

Stirling : Papillome malin du bassinet et du calcul. *Journ. of Urol.*, 1927, p. 165.

Stricker : Sur les tumeurs papillomateuses du bassinet. *Arch. f. klin. chir.*, 6 mai 1926, p. 663.

Thomas Regnier : *Journ. of Urol.*, 1924.

Viannay : Polype du bassinet coïncidant avec un calcul, in *Journ. d'Urol.*, n° 4, avril 1924.

Vu : *Le Président de Thèse,*

B. CUNÉO.

Vu: *Le Doyen,*

H. ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

Paris. — Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette, — 1929.